1886-1887 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 1

DE QUELQUES MANIFESTATIONS MORBIDES NON VÉNÉRIENNES

Observées sur les Organes génitaux dans les pays chauds

(ÉTIOLOGIE-PATHOGÉNIE)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 3 NOVEMBRE 1886

PAR

OLIVIER-FRANÇOIS LASSABATIE

MÉDECIN DE LA MARINE

Né à Sainte-Foy-la-Grande (Gironde), le 20 Avril 1858

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NOMS DES EXAMINATEURS

MM. LAYET, *Président.*
MORACHE.
LAGRANGE.
PIÉCHAUD.

BORDEAUX

Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD

91, Rue Porte-Dijeaux, 91

1886

1886-1887 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 1

DE QUELQUES MANIFESTATIONS MORBIDES NON VÉNÉRIENNES

Observées sur les Organes génitaux dans les pays chauds

(ÉTIOLOGIE-PATHOGÉNIE)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 3 NOVEMBRE 1886

PAR

OLIVIER-FRANÇOIS LASSABATIE

MÉDECIN DE LA MARINE

Né à Sainte-Foy-la-Grande (Gironde), le 20 Avril 1858

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NOMS DES EXAMINATEURS

MM. LAYET, *Président.*
MORACHE.
LAGRANGE.
PIÉCHAUD.

BORDEAUX

Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD

91, Rue Porte-Dijeaux, 91

1886

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. — M. DENUCÉ .. Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DENUCÉ ..... Professeurs honoraires.
BITOT.....

	Messieurs
Anatomie	BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ, agrégé.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	DE FLEURY
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. LANDE.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIÉCHAUD. LAGRANGE. POUSSON DUDON.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie	PLANTEAU.
Histoire naturelle	FERRÉ. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	BLAREZ.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enf. MM. NÉGRIÉ | Maladies vénériennes. MM. VENOT.
Clinique chir. des enf. BITOT. | Maladies mentales. . . N.

Le Secrétaire de la Faculté, F. LAMBERT DES CILLEULS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Le milieu éminemment favorable à l'éclosion et au développement de certains organismes, parasites et infectieux, les conditions particulières de l'existence sous les tropiques modifient d'une façon souvent singulière la marche des maladies, et donnent naissance à des affections spéciales dont l'étude constitue la pathologie exotique.

Nous n'avons pas eu, dans ce travail, la prétention de traiter au complet un chapitre de la pathologie des pays chauds, intéressant il est vrai, mais trop fertile encore en recherches nouvelles. Pendant un séjour de trois années soit à la Guyane, soit à la Guadeloupe et dans quelques-unes des petites îles qui en dépendent, Saint-Martin, les Saintes, nous avons remarqué

combien fréquentes étaient dans ces pays certaines affections des organes génitaux, certaines manifestations se localisant sur ces organes au cours de quelques maladies générales ; nous avons été frappé de la marche, du caractère de ces localisations, et nous nous sommes demandé si la connaissance de leur étiologie et leur pathogénie, ne parviendrait pas à nous en apprendre la vraie thérapeutique. C'est là le but de notre travail : nous avons voulu seulement essayer de jeter quelque lumière sur les points d'étiologie qui nous ont paru le plus obscurs.

M. le Dr Corre, par ses savants avis, les nombreuses notes qu'il a bien voulu nous communiquer, nous a fourni des matériaux qui ont largement contribué à faciliter notre travail : nous tenons à l'en remercier ici, et à lui témoigner toute notre gratitude.

Que M. le professeur Fontorbe veuille bien accepter aussi nos remerciements pour les sages et savants conseils qu'il a bien voulu nous donner.

Division. — Nous ne nous occuperons, dans ce travail, que des manifestations pathologiques, non vénériennes, des organes génitaux, et nous le diviserons en trois chapitres : dans le premier, nous passerons rapidement en revue la physiologie de l'appareil génital

aux pays chauds; — le second sera consacré à l'étude des manifestations pouvant être rapportées à des influences climatiques ou sociologiques; — le troisième enfin comprendra l'étude des influences endémiques ou endémo-épidémiques, parasitisme, infections diverses.

Mais avant de commencer, qu'il nous soit permis de témoigner toute notre reconnaissance à M. le professeur Layet, pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre Thèse.

DE QUELQUES

MANIFESTATIONS MORBIDES

OBSERVÉES

Sur les Organes génitaux dans les pays chauds

(ÉTIOLOGIE-PATHOGÉNIE)

CHAPITRE PREMIER

Quelques mots sur la physiologie des organes génitaux dans les pays chauds.

Une première question se pose à nous dès le début de ce travail : Y a-t-il dans les pays chauds une physiologie spéciale de l'appareil génital?

Comme toutes les autres fonctions, les fonctions génitales subissent, là, certaines modifications que nous devons étudier rapidement. Dès son arrivée, nous voyons l'Européen en proie à une surexcitation inaccoutumée de tout son organisme; nous voyons toutes les fonctions acquérir en même temps un surcroît d'activité, comme pour lutter plus effica-

cement contre les effets du nouveau milieu. La respiration, la circulation, sont plus actives : le système nerveux lui-même subit, et à un plus haut degré peut-être, ces premiers effets du climat. « Presque tous les auteurs, dit M. le professeur Layet en parlant du système nerveux (1), qui ont observé dans les régions tropicales, admettent une activité, une prédominance des fonctions qui va jusqu'à l'exagération. On pourrait croire que l'influx nerveux augmente en raison inverse de l'affaiblissement de toutes les autres régions de l'organisme. Ce n'est point ainsi que ce point de physiologie doit être établi.

« Le système nerveux subit la même loi de modification que les autres organes. Dans une première période, il passe par un état de suractivité en rapport avec l'importance du rôle qu'il est appelé à jouer. Dans cette période d'exaltation et de transformation fonctionnelle, c'est à lui qu'est dévolu le soin de maintenir l'équilibre entre tous les rouages de l'organisme, de diriger dans le sens de l'adaptation au climat toutes les forces comme tous les effets physiologiques. »

La relation entre le système nerveux et les organes génitaux est assez étroite pour que les modifications de l'un transmettent aux autres des modifications analogues. En outre, la chaleur agit directement aussi sur les organes génitaux eux-mêmes.

D'après Calliburcès, l'action de la chaleur sollicite et exagère la motilité de certains organes auxquels il a, pour cette raison, donné le nom de thermosystaltiques (2); les canaux déférents, les vésicules séminales, les trompes de Fallope, le vagin, en un mot, la plus grande partie des organes de l'appareil génital. Sous l'influence de cette action, ces organes se trouvent dans un état d'éréthisme constant ;

(1) Layet, Etudes d'hygiène intertropicales (*In Arch. de méd. nav.*, 1877, t. XXVIII, p. 39).

(2) Calliburcès, *Arch. gén. de méd.*, 1858, 5me série, t. XII, p. 748.

la sécrétion spermatique est augmentée, et avec elle l'excitation du sens génital.

A cette période d'excitation générale de toutes les fonctions, succède bientôt une période de dépression. L'Européen s'est créolisé, l'immigrant s'est acclimaté, et sa physiologie ne diffère plus guère désormais de celle de l'indigène. « ...L'exagération apparente du système nerveux, continue M. Layet, n'est que le résultat d'une impressionnabilité plus vive, conséquence d'un épuisement rapide. Incapable de réagir longtemps contre toute excitation, le centre cérébro-spinal ne tarde pas à manifester sa faiblesse par des troubles divers, et cette extrême sensibilité de l'organisme n'est en somme qu'un véritable énervement (1). »

En effet, nous voyons peu à peu et au bout d'un temps assez court, le nombre des mouvements respiratoires diminuer en même temps que l'ampliation thoracique ; le pouls, tout en restant plus fréquent, perd de sa tension ; la digestion est moins active ; le système nerveux a moins d'énergie. En même temps qu'il devient plus lent à se mouvoir, moins habile à penser, plus paresseux en un mot, l'immigrant voit aussi son poids diminuer : l'assimilation est devenue plus faible.

Au milieu de cette déchéance fonctionnelle générale, que deviennent les fonctions génitales ? Il suffit d'avoir vécu quelque temps dans les pays chauds pour être convaincu qu'elles ne suivent que de très loin la marche régressive des autres fonctions. Européens et indigènes ont, en général, le sens génésique très développé, tout le temps du moins que la maladie, que l'anémie, presque inévitable, n'aura pas imprimé à leur tempérament son cachet d'impuissance. Aussi les pays chauds sont-ils considérés par tout le monde comme des pays de mœurs faciles.

C'est à la chaleur et à toutes ses conséquences que doit

(1) Layet, *loc. cit.*

être, en grande partie, rapporté cet entraînement général vers le plaisir sexuel. La paresse dans laquelle vivent d'ordinaire les indigènes, et l'indolence qui s'empare de l'Européen, la légèreté du vêtement, qui certes facilite les rapprochements, la docilité des femmes indigènes et l'espèce d'attraction ou plutôt d'amour-propre qui les pousse vers lui, ce sont là tout autant de facteurs qui sont loin de mettre obstacle à la satisfaction de plaisirs vers lesquels l'habitant des pays chauds n'est déjà que trop porté par le fait du climat.

Et comme s'il n'était pas assez de la durée ordinaire de la vie sexuelle pour satisfaire aux plaisirs de l'amour, la nature avance, dans ce pays, l'époque de la puberté.

Menstruation. — Dans nos climats, la nubilité n'apparaît guère, en moyenne, que vers l'âge de seize ans, mais dans les pays chauds, ou tout est bien plus précoce, on voit la plupart des filles réglées vers l'âge de douze ou quatorze ans. Cependant, même dans les pays chauds, l'époque de la première menstruation est très variable : elle est plus ou moins précoce suivant certaines circonstances purement individuelles, héréditaires ou acquises. D'après les recherches de Raciborski, il semble que la précocité de la menstruation soit en rapport avec l'élévation de la température. En effet, d'une manière générale, il est certain que sous les latitudes à température élevée, les filles sont réglées de meilleure heure. Mais ce fait n'est pas absolu, et même là, malgré l'action climatique, la race, l'éducation conservent bien souvent leur influence sur la menstruation et sur l'époque de son apparition. Dans les familles émigrées depuis peu, l'époque d'apparition des premières règles est à peu près la même que dans le pays d'origine. Dans l'Inde, les jeunes filles nées de parents anglais sont réglées bien plus tard que les filles indigènes ; il en est de même aux Antilles dans les familles d'origine européenne.

Dans les races indigènes elles-mêmes les variations sont assez grandes ; ainsi, d'après M. Corre (1), la menstruation s'établirait, chez les Ouoloves, vers l'âge de onze ou douze ans, tandis qu'au Sénégal c'est seulement vers l'âge de dix-sept ou dix-huit ans ; mais, chez la première, les règles durent beaucoup moins longtemps, deux ou trois jours seulement, et la quantité de sang ne dépasse pas 85 grammes au lieu de 180.

M. le professeur Morache, qui a observé en Chine (2), a constaté que, chez les femmes chinoises, la menstruation s'établit dès l'âge de treize ou quatorze ans, tandis que dans un pays voisin, la Cochinchine, ce serait vers l'âge de seize ans (3).

Aux Marquises, c'est vers douze ans que les filles sont réglées, mais bien souvent, à cet âge, elles ont eu déjà des rapports sexuels, et ce serait là une des causes de la précocité de la menstruation.

Quant à l'abondance de l'écoulement menstruel, elle est aussi plus considérable dans les pays chauds, surtout chez les femmes européennes.

Ménopause. — L'âge de la ménopause a été moins bien étudié que celui de la menstruation, et tous les auteurs ne sont pas d'accord à ce sujet : cependant, on peut, d'une manière générale, dire qu'il est à peu près partout le même qu'en Europe.

Fécondité. — Le climat n'a que peu d'influence sur la

(1) Corre, *La mère et l'enfant dans les races humaines*, p. 38.

(2) Morache, *Péking et ses habitants*, Paris, 1869, p. 149.

(3) On pouvait autrefois connaître avec facilité l'époque de la première menstruation chez les Annamites, en observant le moment où la jeune fille commençait à se laquer les dents, mais aujourd'hui, les femmes ne se noircissent les dents que lors de leur premier coït (d'après Mondière). Corre, *loc. cit.*

fécondité, cependant, nous pensons, avec beaucoup d'auteurs, qu'elle est moindre dans les pays chauds.

Nous ne croyons pas qu'il y ait lieu de songer ici à la restriction volontaire de Malthus, car nous avons bien le droit de supposer que la plupart des individus dont nous nous occupons ici, ne connaissent ni Malthus, ni sa doctrine ; d'ailleurs, l'enfant est chez eux si facile à élever, donne si peu de soucis à ses parents que cette préoccupation ne peut guère exister pour eux. La cause principale, sans doute, c'est qu'on ne trouve pas dans les pays chauds ces constitutions vigoureuses qui sont l'apanage des pays où il y a le plus d'enfants. Ici, les ardeurs génésiques demeurent pondérées, tandis que dans les pays chauds, l'excitation, « les « sollicitations sexuelles souvent factices, dit Bajon, provo- « quent des rapprochements multipliés, engendrent la fa- « tigue et le libertinage, l'affaiblissement du corps, et « diminuent l'aptitude procréatrice dans les deux sexes (1). » De plus, la prostitution, par l'abus des rapprochements sexuels, diminue la fécondité : c'est un fait depuis longtemps démontré chez nous. Or, il n'est pas étonnant que, de ce chef, la fécondité soit moindre dans les pays chauds où la prostitution est si commune, et même souvent encouragée par les coutumes du pays (2).

Certaines conditions sociologiques tendent en outre à diminuer la fécondité ; ce sont : les travaux excessifs imposés à la femme, et surtout les habitudes d'ivrognerie, si fréquentes aujourd'hui chez tous ces peuples depuis que la civilisation leur a fait connaître les charmes de l'alcool.

L'infécondité se manifeste bien dans les différentes tentatives qui ont été faites de croisement des races. Le croise-

(1) Bajon, *Mémoire pour servir à l'Histoire de Cayenne et de la Guyane française.*

(2) Letourneau, *La sociologie d'après l'ethnographie* (Bibliothèque des Sciences contemporaines, Paris, 1880). — Dans quelques tribus sahariennes, la fille, avant de se marier, doit gagner, par la prostitution, ce qu'elle a coûté à sa famille, et elle est d'autant plus recherchée qu'elle a eu plus de succès dans ce trafic.

ment a été souvent essayé, et toujours avec le même insuccès, au Maroni (1), dans l'Inde, et ailleurs ; et c'est à propos du triste résultat du mariage des soldats anglais dans l'Inde, que le major-général Bagnold disait : « On n'a jamais pu élever assez d'enfants mâles pour recruter le corps des tambours et des fifres ».

Gestation. — La grossesse ne paraît pas subir de modifications particulières sous l'influence du climat. La femme européenne, aussi bien que la femme indigène, ne présente que très rarement d'accidents pendant le cours de sa gestation, et cependant, chez les femmes indigènes, il nous a été donné de voir combien les règles de l'hygiène la plus élémentaire étaient souvent négligées.

Les présentations du sommet sont plus fréquentes encore que dans les autres pays, aussi la marche du travail est-elle généralement régulière et l'accouchement facile. La délivrance est presque toujours naturelle et rarement accompagnée d'accidents.

Ce qui nous a frappé surtout aux pays chauds, dans cet ordre d'idées, c'est la bénignité presque absolue des suites de couches. Comme tous les traumatismes, celui de l'accouchement est ordinairement accompagné d'un moindre ébranlement nerveux, et tend plus aisément à la guérison que dans les pays froids. Nous avons vu souvent des femmes indigènes se lever deux ou trois jours après leurs couches et reprendre leurs occupations ordinaires, sans qu'aucun accident consécutif vienne leur faire regretter cette hâte, qui, chez nous, passerait pour la plus grave imprudence.

(1) Orgeas, La colonisation de la Guyane par la transportation (*Arch. de méd. nav.*, 1883).

CHAPITRE II

Manifestations pathologiques susceptibles d'être rapportées à des influences climatiques ou sociologiques.

1° *Influences climatiques.* — Ces quelques données physiologiques nous permettent de rattacher à l'influence du climat, bon nombre d'affections évidemment produites par l'exagération de l'état normal, qui, à une certaine limite, se confond avec l'état pathologique.

La surexcitation génésique, premier effet du nouveau milieu sur les Européens, les pousse souvent à des excès dans lesquels il leur est bien difficile de ne pas tomber. La répétition fréquente de l'acte sexuel peut, à la longue, amener soit des congestions du côté de la glande séminale, soit même de l'uréthrite, ou, plus souvent, une blennorrhée contre laquelle les meilleurs traitements pourront pendant longtemps rester infructueux.

Certains individus, au contraire, condamnés, par les exigences de leur profession, à une continence excessive, semblent devoir être à l'abri de ces accidents : il n'en est rien. Eux aussi ont à subir l'excitation génésique, et cette excitation toute platonique, se traduit chez eux par des érections, des pollutions involontaires. Ne peut-on pas en outre supposer, chez beaucoup d'individus continents par nécessité, de mauvaises habitudes, pour le moins tout aussi nuisibles que les excès de coït. Il y a donc toujours, forcément, même chez les sujets réellement continents, tendance à la congestion du côté des organes génitaux.

C'est ainsi que l'on rencontre souvent chez les condamnés, chez les militaires isolés dans les postes, certaines formes particulières d'orchite, d'une bénignité excessive, difficiles à rattacher à d'autres causes qu'à des poussées congestives, répétées sur l'organe testiculaire. Des cas nombreux de ces orchites ont été observés à la Guyane par le Dr Drago, médecin de la marine, et rapportés dans sa Thèse (1). Dans aucun de ces cas, il n'y avait eu de blennorrhagie même ancienne, ni aucun antécédent vénérien ayant pu déterminer de l'inflammation du côté de la glande ou de l'épididyme.

Cette orchite se manifeste par une sensation de pesanteur dans le scrotum, accompagnée d'une douleur assez légère accrue par la station debout ou l'exercice sur place, pendant la faction par exemple. Cette douleur est d'ailleurs peu intense et disparaît presque complètement par le repos ; elle est provoquée par la pression et s'irradie vers les fosses iliaques en suivant le trajet du cordon. La peau du scrotum est normale, le volume du testicule n'est pas modifié.

D'après cette courte description, on voit que ce n'est pas là un orchite à proprement parler, mais plutôt une simple congestion. La circulation générale étant physiologiquement

(1) Drago, Thèse, Paris, 1880, *Considérations sur une variété d'orchite observée à la Guyane.*

ralentie, s'il y a du côté du testicule une suractivité circulatoire limitée à cet organe, il doit forcément, à la longue, se produire là une stase congestive. D'autre part, la prédominance fonctionnelle, dans les pays chauds, du système lymphatique, et la grande abondance à la surface du testicule de vaisseaux lymphatiques, nous permettent de penser que nous avons peut-être affaire ici à de la lymphangite; d'autant plus que d'autres manifestations lymphatiques, engorgement ganglionnaire, peuvent s'observer concurremment sur le même sujet, comme dans l'observation suivante.

Observation I

B., soldat, vingt mois de Guyane ; pas de fièvre paludéenne ni d'antécédents vénériens. Cet homme vient à la visite se plaignant d'une douleur à la région inguinale gauche. La veille, sans cause appréciable, il a vu survenir dans cette région un gonflement douloureux, qui a débuté par l'anneau inguinal et s'est étendu en descendant jusqu'au testicule. Ces parties offrent un empâtement évident, mais on délimite facilement le testicule et l'épididyme qui sont à peine douloureux. Les éléments du cordon sont faciles à isoler, mais on constate, au-dessus de la tête de l'épididyme, une boule indurée et douloureuse, qui semble située dans le plexus veineux, en avant du canal déférent.

Tous ces symptômes disparaissent au bout de cinq jours de repos.

A côté de cette orchite, nous signalerons l'atrophie du testicule, observée par Larrey, en Egypte, sur un grand nombre de militaires (1). Chez des hommes bien portants, les

(1) Larrey, *Relation historique et chirurgicale de l'expédition de l'armée d'Orient, en Egypte et en Syrie*, Paris, 1803, p. 215.

testicules, le plus souvent l'un des deux, perdaient peu à peu leur sensibilité, se ramollissaient ; leur volume diminuait jusqu'à égaler celui d'un haricot : d'ailleurs aucune douleur. Les facultés génésiques s'affaiblissaient peu à peu, puis disparaissaient complètement. En même temps, s'observaient tous les signes d'une déchéance organique générale. Larrey attribuait ces phénomènes aux fortes chaleurs du climat égyptien. Le mécanisme pathogénique par lequel il avait cherché à expliquer cette atrophie n'est peut-être plus bien en rapport avec les données physiologiques aujourd'hui reçues, mais il en a parfaitement saisi le point de départ : la chaleur, l'influence du climat.

Sous cette même influence, tout le tissu musculaire perd de sa force. La débilité du tissu musculaire lisse amène la flaccidité du scrotum. Le testicule, moins bien soutenu, tiraille, en les allongeant, les éléments du cordon ; les veines spermatiques se développent davantage et ont alors une plus grande tendance à se dilater. C'est ainsi que se produit la varicocèle, assez commune dans les pays chauds.

Chez les femmes, nous signalerons la métrorrhagie comme fréquemment observée, et survenant dans bien des cas sans cause appréciable. Nous avons vu que physiologiquement l'écoulement menstruel était plus abondant dans les pays chauds ; il se produit en effet, chez la femme comme chez l'homme, sous l'influence climatique, la même excitation génésique, et, comme conséquence, de la congestion vers les organes génitaux. Qu'à la suite d'excès de coït, par exemple, ou, chez les jeunes filles, d'habitudes d'onanisme trop répandues dans ces pays, l'état congestif de ces organes vienne à dépasser certaines limites, il se produira de la métrorrhagie, et cette hémorrhagie sera d'autant plus abondante que la congestion aura été poussée plus loin.

A ces mêmes causes nous devons rapporter les métrites bien plus communes encore que les métrorrhagies.

De même pour la leucorrhée : mais ici, aux causes que

nous avons énoncées déjà, vient s'ajouter souvent l'irritation produite localement sur les muqueuses du vagin et de l'utérus par propagation de diverses éruptions : herpès, végétations, etc.

Les végétations sont en effet fréquemment observées à la région génitale. En dehors des causes prédisposantes générales, tempérament lymphatique, herpétisme, etc., l'irritation locale produite sous l'influence tant de l'hypersécrétion sudorale que de la suractivité fonctionnelle des organes eux-mêmes, constitue une des causes les plus puissantes de leur apparition. On croyait autrefois que les végétations étaient un accident syphilitique, et Velpeau pensait qu'elles ne pouvaient être dues qu'à la contagion. L'opinion de Velpeau n'a pas pu résister aux expériences de Melchior Robert; et, s'il a été reconnu que, par exemple, la blennorrhagie, la gonorrhée, la balanite avaient une certaine influence sur la production et le développement de ces végétations, il a été parfaitement établi que ces diverses affections n'entraient en cause que par l'irritation locale qu'elles déterminaient. Plus fréquentes peut-être chez la femme, les végétations siègent sur les grandes et les petites lèvres, et souvent aussi dans le pli cruro-vulvaire : elles sont remarquables par leur tenacité, et résistent souvent aux traitements les mieux entendus. Nous nous rappelons en avoir observé avec M. le Dr Lherminier, à l'hôpital civil de la Pointe-à-Pitre, chez une femme coolie indienne, d'une bonne constitution, un cas remarquable surtout par l'étendue des lésions : elles occupaient toute la hauteur des grandes lèvres et avaient envahi du côté droit, la peau de la face interne de la cuisse sur une étendue d'au moins dix centimètres en hauteur et en largeur.

2° *Influences sociologiques.* — A l'influence climatique, qui, comme nous l'avons vu pour la varicocèle, ramollit les tissus, débilite surtout le tissu musculaire, nous devons

ajouter, dans certains cas, l'action du milieu social, c'est-à-dire l'influence des mœurs, des coutumes de chaque pays, jouant plus particulièrement ici le rôle de causes déterminantes. A ces causes nous rattacherons le prolapsus utérin que nous avons fréquemment observé chez les négresses et les mulâtresses des Antilles, et chez les femmes d'autres races vivant dans les mêmes conditions. M. Corre (1) signale, en première ligne, l'abus de la danse, puis la nourriture indigeste, composée d'aliments féculents et prise en quantité énorme, comme autant de causes favorables au déplacement de la matrice. Souvent aussi nous avons pu observer, à la suite de manœuvres obstétricales plus ou moins bizarres exercées par les matrones indigènes, par défaut des soins nécessaires et d'une hygiène bien entendue des lésions utérines qui auraient certainement pu être évitées dans d'autres conditions. Le prolapsus, l'inversion de la matrice (2) sont encore relativement rares, eu égard à la fréquence de la métrite provoquée le plus souvent par le retour prématuré des nouvelles accouchées à leurs occupations ordinaires.

Dans les pays où l'avortement est une pratique courante, en Chine, chez les Annamites, dans l'Inde et ailleurs, la métrite est aussi très fréquente ; les lymphangites utérines survenant presque constamment à la suite des manœuvres abortives exercées sur l'utérus dont le système lymphatique normalement très développé acquiert dans les climats chauds une plus grande activité.

Le libertinage et la prostitution, dont ces pays semblent avoir l'apanage, contribuent aussi pour une large part à la production d'un certain nombre de maladies, métrite, leucorrhée que nous avons déjà signalées à propos des effets de l'excitation génésique.

(1) Corre, *La mère et l'enfant.*

(2) Le Dr Castex, médecin de la marine, a vu se produire un renversement complet de la matrice à la suite d'efforts intempestifs exercés sur le cordon.

Nous aurions encore à passer en revue tous les accidents qui surviennent à la suite des mutilations ethniques, parfois si curieuses, pratiquées dans beaucoup de pays sur les organes génitaux, mais cette étude nous entraînerait trop loin. Nous nous contenterons de signaler, à titre de simple curiosité, l'usage de la fumée d'opium si répandu dans tout l'Extrême-Orient, et son influence sur les fonctions génitales.

« Chez les fumeurs d'opium, il y a, dit Libermann (1), dans une première période, excitation du sens génésique. Cette excitation disparaît bientôt pour faire place au contraire à une période de dépression. La faculté génésique diminue, les instincts sexuels se pervertissent, et bientôt l'impuissance devient absolue : le pénis est flasque, les testicules atrophiés. Plus tard, surviennent des manifestations plus graves, dont les plus fréquentes sont des spermatorrhées souvent incurables.

A l'action combinée des influences climatiques et sociologiques nous rattacherons enfin l'hydrocèle vaginale commune. Cette affection, très répandue dans les pays chauds, s'observe principalement chez les sujets appartenant, de près ou de loin, à la race nègre. En dehors de toute origine vénérienne, nous pensons que, grâce à la suractivité fonctionnelle de tout l'appareil génital, grâce à la laxité de tous les tissus, à la distension de la vaginale, par suite de la flaccidité du scrotum, la moindre irritation suffit, dans certains cas, pour produire l'hypersécrétion pathologique qui constitue l'hydrocèle séreuse.

Souvent cette hydrocèle se rencontre chez les sujets atteints d'une manifestation lymphatique quelconque, d'éléphantiasis du scrotum. Cette simultanéité des deux affections a été observée, dans un cas, chez un indien auquel M. le

(1) Libermann, Recherches sur l'usage de la fumée d'opium en Chine, et sur les effets pathologiques que détermine cette habitude. (*Recueil de mém. de méd. et de chir. mil.*, 3e série, t. VIII, p. 287.) Voir aussi la Thèse du Dr Nicolas, *Effets physiologique du Chandoo*, Paris, 1884.

médecin en chef Lacroix, à l'hôpital de Saïgon, fit l'ablation d'une tumeur éléphantiasique du scrotum. Pendant l'opération, on constata, du côté gauche, la présence d'une hydrocèle qui laissa écouler environ 250 grammes d'un liquide clair, séreux (1). Faut-il reconnaître à cette hydrocèle et à l'éléphantiasis scrotal la même étiologie ? Ou bien la transsudation séreuse doit-elle être tout simplement attribuée à la compression produite par la tumeur éléphantiasique ? Nous ne savons laquelle de ces deux hypothèses se rapproche le plus de la vérité.

(1) *Arch. de méd. nav.*, 1876, Clinique de l'hôpital de Saïgon, et communication orale.

CHAPITRE III

Manifestations dues à des influences endémiques ou endémo-épidémiques.

A. — Maladies parasitaires.

Il est une autre variété d'hydrocèle, plus spéciale aux pays chauds, sur l'étiologie et la pathogénie de laquelle M. le professeur Le Dentu vient, dans ces dernières années, d'attirer l'attention des médecins; nous voulons parler de l'hydrocèle graisseuse (1).

Cette hydrocèle est souvent double. Lorsqu'elle est simple, son volume est à peu près celui d'une grosse poire. La transparence, qui est presque un symptôme pathognomonique de l'hydrocèle séreuse, fait ici complètement défaut,

(1) Le Dentu, *Des accidents occasionnés par la filaire du sang, et de son rôle pathogénique dans l'hydrocèle graisseuse.*

et si l'on fait une ponction dans la tumeur, il s'en écoule un liquide plus ou moins épais, d'une couleur blanc jaunâtre, rappelant celle du lait, du chyle ou du pus séreux. Des différentes analyses qui ont été faites de ce liquide, il résulte que sa composition le rapproche beaucoup de la lymphe, et que, de tous ses caractères, le plus constant est la présence de graisse émulsionnée. C'est d'après ce caractère que M. Le Dentu a donné à cette variété le nom d'hydrocèle graisseuse. Enfin, détail très important au point de vue étiologique, on a constaté dans le liquide de cette hydrocèle la présence d'un parasite, la filaire du sang humain. Ajoutons que le testicule du côté malade, et quelquefois même les deux, sont augmentés de volume, et que la peau du scrotum est pâle, d'un blanc laiteux, épaissie, et qu'elle laisse souvent suinter un liquide analogue à celui contenu dans la tumeur, en un mot, qu'elle présente tous les caractères de l'éléphantiasis.

L'éléphantiasis du scrotum présente en effet beaucoup de points communs avec l'hydrocèle graisseuse. A une certaine période de leur développement, rien n'est plus facile que de confondre ces deux affections; souvent elles existent simultanément chez le même sujet.

Cet éléphantiasis est une affection très commune aux pays chauds, surtout chez les indigènes. Nous l'avons rencontré fréquemment aux Antilles, où les nègres le désignent vulgairement sous le nom pittoresque de *gros coco*. Nous ne saurions mieux faire pour décrire rapidement cette affection que d'en rapporter ici une observation recueillie par nous à la Pointe-à-Pître.

Observation II

(Personnelle.)

Homme de couleur, mulâtre clair, né à la Guadeloupe et y habitant, âgé de quarante-six ans, de constitution encore vigoureuse, et de bonne santé habituelle ; père de six enfants parfaitement sains, et lui-même sans antécédents héréditaires.

A partir de l'âge de douze ans, a éprouvé de fréquentes poussées d'érysipèle aux membres inférieurs, puis plus tard au scrotum. Longtemps la maladie a fait de lents progrès. Les jambes et les cuisses conservaient bien quelque tuméfaction, les bourses offraient bien au bout de plusieurs années des dimensions assez considérables, mais le scrotum n'a marché vers les énormes dimensions qu'il présente aujourd'hui que depuis environ six ans. Dans cette période, il aurait augmenté de plus des deux tiers. Jusque vers cette époque aussi, la verge était demeurée indemne. Le malade a remarqué qu'avec le grand accroissement de volume des bourses, les poussées lymphangitiques ont cessé aux membres inférieurs, et l'appétit génésique a graduellement disparu.

Etat actuel. — Les cuisses et les jambes sont modérément augmentées de volume ; les téguments sont lisses et rénitents. Quand on les comprime avec le doigt, on éprouve la sensation d'un tissu élastique un peu induré, et la peau ne conserve pas l'impression du doigt. L'épaississement de la peau se continue aux cuisses, de manière à se confondre avec celui des bourses.

Les bourses sont énormes : elles ont un poids approximatif d'au moins 20 kilogrammes, et, dans la position assise, comme aplaties et étalées sous leur propre pesanteur, elles atteignent le niveau des genoux, mesurant à leur partie moyenne une circon-

férence de 94 centimètres. De chaque côté, sous les téguments épaissis, on délimite comme deux grosses coques, représentant à peu près le volume d'un œuf d'autruche, et répondant aux tuniques vaginales, sans doute transformées en une épaisse couche de tissus fibreux, d'une consistance semi-cartilagineuse à la palpation. Ces deux tumeurs nous font songer à la possibilité d'une hydrocèle double. La peau est bien isolable de ces coques, se saisit facilement entre les doigts ; à leur niveau et au-dessus d'elles, semble profondément comme infiltrée d'une matière qui donne, au palper, une sensation d'induration et de consistance demi-molle.

La peau est glabre, lisse, et les poils sont rares à la partie supérieure. La verge, qui ne s'est prise que dans ces dernières années, présente, à l'état de flaccidité, un volume presque double du volume normal. Les téguments sont médiocrement épaissis, isolables entre les doigts, mais présentant vers la partie inférieure, au voisinage du gland, un îlot de nodosités plus dures et irrégulières.

Cette observation est caractéristique. Nous voyons, en effet, le début, très lent, se faire par des poussées successives de lymphangites, d'érysipèles. Puis, le scrotum augmente peu à peu de volume et finit par acquérir, au bout d'un temps assez long, des dimensions et un poids souvent énormes ; la circonférence de la tumeur peut atteindre jusqu'à un mètre. Le poids, très variable, devient dans certains cas considérable. Larrey, en Egypte, en a observé deux cas remarquables précisément par leur poids : dans l'un, la tumeur pesait 25 kilogrammes, dans l'autre 50 (1).

La peau du scrotum a, la plupart du temps, perdu complètement sa sensibilité ; elle laisse souvent suinter un liquide plus ou moins fétide, blanchâtre, analogue à celui

(1) Larrey, *Clinique chirurgicale*, t. III.

de l'hydrocèle graisseuse, et dans lequel se trouve quelquefois aussi des filaires.

La tumeur elle-même est indolore, soit spontanément, soit même à la pression, à tel point que, souvent, les malades s'en servent comme de siège.

Ce fait a été observé par M. le professeur Duchateau, au Sénégal, et rapporté dans l'observation suivante.

Observation III

(Résumée) (1).

Homme de quarante-deux ans. Eléphantiasis du scrotum du poids de 6 kilogr. Circonférence : 72 centimètres. Le malade s'assied souvent sur sa tumeur comme sur un siège. La verge a disparu complètement dans l'épaisseur de la tumeur. Le sens génésique est conservé ; le coït est devenu très difficile, mais pas impossible cependant avec de la bonne volonté. Pas de filaires dans le sang ni dans le liquide de la tumeur.

On voit, en outre, dans cette observation, un fait que nous n'avions pas encore signalé, et qui, cependant, est assez fréquemment observé : la disparition du pénis dans la tumeur éléphantiasique. A la place du pénis, il se produit à la partie antérieure de la tumeur une dépression en forme d'ombilic, ou plutôt une fente, que M. le Dr Infernet, médecin de la marine, a comparé à une vulve. Le coït, on le comprend, devient, dans ces conditions, extrêmement difficile, d'abord à cause du volume de la tumeur, et ensuite parce que le pénis, même en érection, déborde à peine les lèvres de cette

(I) Duchateau, *Arch. de méd. nav.*, novembre 1880.

fente, dans laquelle il disparaît plus ou moins complètement à l'état de flaccidité.

Chez les femmes, on rencontre également, aux parties génitales, des tumeurs éléphantiasiques. Larrey, dans ses cliniques (1), rapporte le cas d'Ammeh Fatoumy, dont la vulve et les grandes lèvres étaient envahies par une énorme tumeur de cette nature. Le Dr Pinto a observé une femme chez laquelle la marche était devenue très difficile à cause du volume considérable d'une tumeur éléphantiasique du clitoris et des petites lèvres (2); et M. Corre signale un cas dans lequel une tumeur de cette nature devint, chez une femme en travail, un obstacle à l'accouchement.

Les grandes lèvres sont le siège le plus fréquent de ces tumeurs.

Dans les descriptions qui précèdent, nous avons vu que l'hydrocèle graisseuse et l'éléphantiasis du scrotum pouvaient souvent exister simultanément chez un même sujet. En outre, ces affections présentent certains caractères communs : érysipèles et poussées lymphangitiques, présence de filaires, qui nous permettent, dès à présent, de les rattacher à une commune origine. Ces symptômes s'observent dans un certain nombre de maladies, toutes spéciales aux pays chauds et que M. le professeur Guès évalue au nombre de trente au moins (3). Dans toutes ces affections, on a constaté, à un moment donné, la présence de la filaire, soit dans le sang, soit dans les autres liquides normaux ou pathologiques de l'organisme. Y a-t-il dans le fait de la présence de ce parasite au sein des liquides organiques une simple coïncidence? Ou bien devons-nous y voir la cause de toutes ces manifestations pathologiques?

Les nombreux travaux publiés depuis peu sur la filaire

(1) Larrey, *loc. cit.*
(2) *Union médicale,* 1885, p. 738.
(3) *Arch. de méd. nav.*, 1879, t. XXXII, p. 171.

du sang humain, des Thèses soutenues, cette année (1), même devant la Faculté, nous dispenseront de retracer ici tout au long l'histoire de ce parasite. Découverte en 1866, au Brésil, par un médecin allemand, Vucherer, la filaire du sang humain, ou filaire de Vucherer, est surtout bien connue depuis les travaux de Patrik Manson, médecin des douanes chinoises à Amoy. C'est lui qui a fait l'histoire naturelle de la filaire et décrit les différentes phases de son évolution (2): Le parasite à l'état d'embryon se trouve dans le système circulatoire lymphatique ou sanguin de l'homme; des moustiques d'une certaine espèce viennent le prendre là avec le sang qu'ils aspirent, et vont ensuite déposer à la surface des eaux ces embryons qui rentrent avec les boissons dans l'organisme humain. Tel est, en quelques mots, le roman de la filaire, suivant l'expression de M. le professeur Guès (3).

D'après Patrik Manson, ce serait ce parasite qui, par sa présence chez l'homme, déterminerait un grand nombre d'affections appartenant en propre à la pathologie exotique, les lymphangites des pays chauds, la maladie éléphantoïde des médecins brésiliens,et bien d'autres encore.

Voici, d'après Patrick Manson, quel serait, d'une manière générale, le mécanisme pathogénique de ces affections (4):

Parmi tous les embryons qui se trouvent dans un vaisseau lymphatique, par exemple, après la ponte, quelques-uns continuent à vivre et à se développer, d'autres avortent. Les embryons avortés restent sur place, dans le vaisseau où ils ont pris naissance, et ne peuvent pas, en raison de leur passivité, franchir le réseau des ganglions. En s'accumulant en amont des ganglions, ils produisent à la longue des dila-

(1) Giraud, *Etude sur la filaire de Vucherer*, Bordeaux, 1886. — Papin, *Contribution à l'étude de l'hémato-chylurie*, Thèse, Bordeaux, 1886.

(2) *The filaria sanguinis hominis and certain new formes of parasiti disease in India, China and warm countries*, London, 1883.

(3) *Loc. cit.*

(4) *Loc. cit.*

tations vasculaires plus ou moins considérables, suivies parfois de la ruptnre du vaisseau. La lymphe s'épanche alors tantôt dans la cavité lymphatique des séreuses, tantôt dans celles du tissu cellulaire, ou bien encore dans toutes à la fois dans le même département lymphatique.

Mais l'obstruction n'est pas toujours complète, et alors il n'y a que des dilatations variqueuses. D'ailleurs, même dans le premier cas, il ne se produit pas toujours forcément de rupture. La lymphe alors s'accumule dans les tissus voisins des ganglions qui s'indurent. L'induration gagne bientôt les autres tissus superficiellement d'abord, et produit alors ces érysipèles à répétition qui semblent en effet résulter d'un engorgement périodique des vaisseaux blancs, puis l'éléphantiasis apparaît. Souvent, enfin, les lymphatiques du testicule se prennent à leur tour, et il se produit alors ces orchites dont l'étiologie parasitaire est loin d'être démontrée, et sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir dans la suite de ce travail.

Quelque séduisante qu'elle puisse être, la théorie de Manson nous paraît incapable de satisfaire pleinement l'esprit, et d'entraîner la conviction. Car, tantôt on a observé des cas d'éléphantiasis vrai dans des pays, comme l'Espagne et le Japon, où la filaire n'a jamais été signalée; tantôt chez des sujets manifestement éléphantiasiques, et dans des pays où la présence du parasite a été incontestablement démontrée, il a été impossible, malgré la plus minutieuse attention, de trouver aucune trace de filaire. Dans bien des cas encore l'étiologie parasitaire nous paraît insuffisante, mais nous ne pouvons cependant pas la rejeter complètement, malgré les objections sérieuses qui lui ont été faites.

Quelques médecins, parmi lesquels le Dr Mazaë-Azéma de la Réunion, se refusent à faire entrer la parasitisme filarien dans l'étiologie des affections éléphantiasiques, et demandent à la physiologie pathologique une explication qui les satisfasse.

D'autres, les médecins brésiliens, ne voient dans la maladie éléphantoïde qu'un effet de l'infection malarienne (1), et c'est à l'altération du sang produite par une intoxication plus ou moins complète qu'ils attribuent les différents symptômes observés.

Nous ne saurions être aussi exclusif que les uns et que les autres; et, tout en reconnaissant l'importance de la filariose dans l'étiologie et la pathogénie des lymphoses tropicales, nous admettons que ces affections, loin d'être dues à une cause unique, ne sont que la résultante d'un certain nombre de causes diverses. Cette étiologie multiple a été parfaitement exposée, à notre avis, dans la Thèse de notre collègue le Dr Calmette (2); mais nous pensons aussi que le Dr Calmette ne fait pas au paludisme une assez large part d'influence.

A côté du parasitisme et du paludisme, nous placerons donc l'influence du climat, de la race, de l'hérédité, du tempérament (lymphatisme et anémie) : enfin, l'hygiène désastreuse de la plupart des indigènes des pays chauds, la mauvaise nourriture, l'alcoolisme, nous paraissent compléter le tableau étiologique que nous avons essayé de tracer.

B. — Maladies Infectieuses.

D'après leurs différentes origines, M. le professeur Picot divise toutes les infections en cinq classes (3). Dans un premier groupe, il comprend les infectieux d'origine végéto-animale, infectieux des maladies typhiques : fièvre typhoïde, fièvre jaune, fièvre inflammatoire; dans un second, les

(1) *Annales brésiliennes de médecine*, t. XXIII, p. 98.
(2) *Étude critique sur l'étiologie et la pathogénie des maladies tropicales attribuées à la filaire du sang humain*, Th., Paris, 1886.
(3) *Les grands processus morbides*.

infectieux d'origine purement végétale : infectieux des fièvres paludéennes.

Nous nous occuperons seulement ici de ces deux premiers groupes. Ils renferment des affections plus particulièrement observées aux pays chauds, et tout spécialement intéressantes pour nous à cause des localisations génitales qu'elles présentent à étudier.

1° Infectieuses typhiques

Fièvre typhoïde. — Malgré les assertions d'un certain nombre de médecins, se basant sur un prétendu antagonisme entre la fièvre malarienne et la fièvre typhoïde, l'existence de cette maladie dans les pays chauds ne peut plus malheureusement aujourd'hui faire l'objet du moindre doute. D'après M. le médecin en chef Brassac (1), elle est même assez fréquente aux Antilles, où nous avons en effet pu, par nous-même, en observer quelques cas.

En dehors du caractère particulier que la malaria peut imprimer à la marche de cette maladie, en dehors d'une plus grande tendance à l'adynamie due à l'influence de la chaleur, ou peut-être simplement à une influence ethnique (2), la fièvre typhoïde conserve aux pays chauds son allure et ses caractères généraux. Aussi n'avons-nous point l'intention de faire ici la symptomatologie de cette maladie, et si nous en parlons, ce n'est que pour signaler un phénomène spécial aux pays chauds, ou qui du moins, croyons-nous, n'a pas encore été observé ailleurs : l'érythème scrotal. Cet érythème a été observé pour la première fois à la Martinique, par M. le Dr Bonnescuelle de Lespinois,

(1) Notes sur la fièvre typhoïde observée aux Antilles (*Arch. de méd. nav.*, t. III, 1865).

(2) Corre, *Traité des fièvres bilieuses typhiques des pays chauds.*

médecin de la marine, et noté par lui dans sa Thèse inaugurale (1). C'est à ce travail que nous empruntons, en la résumant, l'observation suivante.

Observation IV

(Bonnescuellle de Lespinois. — Résumée.)

Fournier, vingt-quatre ans, né à Neufchatel (Seine-Inférieure). Malade depuis quelques jours. Epistaxis, taches rosées lenticulaires. Gargouillement dans la fosse iliaque droite. Enduit pultacé des gencives. Langue sèche, fièvre continue, diarrhée. Le second jour de son entrée à l'hôpital, apparition d'érythème au scrotum allant presque jusqu'à l'ulcération.

Notre attention étant attirée de ce côté, nous avons observé nous-même ce phénomène à la Basse-Terre, chez un enfant atteint de fièvre typhoïde grave.

Observation V

(Personnelle.)

B..., quatorze ans, mulâtre clair. Malade depuis quatre ou cinq jours; a éprouvé un violent malaise, accompagné d'épistaxis fréquentes et de fièvre, puis de diarrhée.

Au moment où nous examinons le jeune malade, nous constatons une fièvre très violente. T. 39°8. Le pouls est petit, fréquent;

(1) Bonnescuelle de Lespinois, *Quelques observations sur la fièvre typhoïde dans les pays intertropicaux (Martinique), et ses rapports avec l'impaludisme*, Thèse, Paris, 1881.

la langue rouge sur les bords, noirâtre à la partie moyenne, sèche. Fuliginosités sur les gencives.

Le ventre est ballonné, douloureux à la pression. Gargouillements dans la fosse iliaque droite. Diarrhée assez abondante ; selles jaunes.

Pas d'éruption cutanée. Rien du côté du poumon, ni du cœur; quelques symptômes cérébraux : le petit malade ne parle pas, répond à peine aux questions qui lui sont adressées, mais pousse constamment de petits cris plaintifs; la pupille est très contractée ; la déglutition difficile.

Ces symptômes ne font que s'aggraver les jours suivants, et vers le dixième jour, nous découvrons une rougeur érythémateuse aux parties génitales. Cet érythème paraissait d'ailleurs assez léger, ne s'accompagnait d'aucun gonflement; il occupait surtout la partie antérieure des bourses, leur partie inférieure, et s'étendait jusqu'à l'anus en s'irradiant en même temps vers les cuisses.

La situation et la disposition de cet érythème nous avaient tout d'abord porté à penser qu'il était dû tout simplement à la propagation d'une inflammation superficielle produite au pourtour de l'anus par des selles fréquentes et des matières fécales irritantes. Mais n'est-ce pas aussi là l'effet de causes plus générales? Ne pouvons-nous pas supposer également que cet érythème n'est que la période initiale de la gangrène si fréquente au déclin de la fièvre typhoïde et pendant la convalescence?

Dans la fièvre typhoïde bilieuse, plus spéciale aux pays chauds, on n'a point signalé l'érythème scrotal, et cependant la gangrène du périnée a été fréquemment observée. Chez les femmes, on a vu souvent, dans cette maladie, l'écoulement menstruel se transformer en une véritable hémorrhagie, et presque toujours les grossesses se terminer par l'avortement (1).

(1) Corre, *loc. cit.*

Fièvre jaune. — Les manifestations morbides que l'on observe sur les organes génitaux, dans la fièvre jaune, sont plus nombreuses et plus constantes encore peut-être que dans la fièvre typhoïde. Ce sont tantôt des bulles sur la peau, offrant les caractères soit du pemphygus, soit du rupia, et qui, d'après M. Corre, se rencontreraient presque exclusivement dans les cas mortels, tantôt de l'érythème ou des ulcérations gangréneuses du scrotum.

L'érythème et l'érysipèle des bourses avaient été déjà signalés depuis longtemps dans un certain nombre de maladies graves, lorsque Blaër, le premier, et après lui Cornillac, firent de l'érythème scrotal un symptôme de la fièvre jaune (1). Plus tard, M. Corre, ayant eu l'occasion d'observer ce phénomène dans les épidémies de fièvre jaune de la Vera-Cruz, pendant la campagne du Mexique, y attacha encore plus d'importance qu'on ne l'avait fait jusque-là, sans cependant vouloir en faire un symptôme caractéristique de la fièvre jaune, car il fait trop souvent défaut. Ainsi, sur soixante et un malades atteints pendant les deux mois de juin et de juillet 1862, M. Corre l'a observé quarante-sept fois seulement (2). Mais, d'ailleurs, ce symptôme est loin d'être toujours aussi fréquent que dans l'épidémie de la Vera-Cruz, et, en outre, sa présence dans d'autres affections, fièvre typhoïde, fièvre bilieuse, suffit pour lui enlever toute valeur pathognomonique.

Mais ce ne sont pas là les seules manifestations morbides que présentent à étudier les organes génitaux dans le typhus amaril: au lieu de l'érythème, il n'y a parfois qu'une simple flétrissure de la peau des bourses avec fendillement de l'épiderme; parfois aussi ce sont des excoriations, des ulcérations et surtout de la gangrène. Mais de tous ces phénomènes dont le scrotum est le siège, le plus fréquemment observé est incontestablement l'érythème.

(1) Cornillac, *Etude sur la fièvre jaune à la Martinique.*
(2) *Notes médicales recueillies à la Vera-Cruz,* Thèse, Paris, 1869.

Le malade éprouve d'abord dans les bourses un sentiment de pesanteur, de la gêne comme au début d'une orchite. Il y a un peu de gonflement, puis la rougeur se déclare plus ou moins vive, mais toujours sans douleur; et c'est sans doute à cause de cette absence de douleur, que l'attention du médecin n'étant pas été attirée de ce côté, l'érythème scrotal passe souvent inaperçu.

Plus tard, la peau se fendille, s'ulcère, et la gangrène survient à la suite souvent d'hémorrhagies plus ou moins abondantes par ces solutions de continuité.

D'ailleurs, les hémorrhagies sont un des symptômes constants de la fièvre jaune. Elles peuvent rester sous-cutanées, et constituent alors des taches, des ecchymoses; elles peuvent aussi se faire à travers la peau et les muqueuses. Les organes génitaux sont très souvent le siège de ces hémorrhagies aussi bien chez l'homme que chez la femme. Notre collègue et ami, le Dr Guérin, qui se trouvait à la Guyane pendant la dernière épidémie de fièvre jaune, a vu deux femmes atteintes de métrorrhagie pendant leur maladie (1); et le Dr Le Dantec a observé chez un homme, pendant la même épidémie, un cas d'hémorrhagie par le canal de l'urèthre (2).

Dans cette même épidémie de 1885, le Dr Rangé, médecin de 1re classe de la marine, a vu, aux Iles du Salut, l'avortement se produire chez une femme atteinte de fièvre jaune au sixième mois de sa grossesse (3).

Fièvre inflammatoire. — A part les hémorrhagies, qui se rencontrent plus particulièrement dans la fièvre jaune, tous les autres accidents que nous venons de signaler peuvent se retrouver plus ou moins fréquents, plus ou moins graves,

(1) Communication orale.
(2) Note particulière.
(3) Etude sur l'épidémie de fièvre jaune qui a sévi aux Iles du Salut. (*Arch. de méd. nav.*, février 1886, p. 115.)

dans presque toutes les pyrexies infectieuses des pays chauds et surtout dans la fièvre inflammatoire.

Par ordre de fréquence, la première de ces manifestations est encore l'érythème scrotal. M. le directeur du service de santé de la marine, Bérenger-Féraud, le croyant sans doute plus fréquent qu'il ne l'est réellement, a voulu, à une époque, en faire un signe pathognomonique de la fièvre inflammatoire (1). Mais plus tard il admet lui-même que ce symptôme fait quelquefois défaut.

Le Dr Burot, professeur à l'Ecole de Médecine navale de Rochefort, ne voit point là de signe pathognomonique (2), et pour M. Corre l'érythème scrotal est beaucoup moins fréquent dans la fièvre inflammatoire que dans la fièvre jaune (3).

Quant à nous, il nous paraît fort probable que l'érythème du scrotum doit passer inaperçu dans la plupart des pyrexies infectieuses des pays chauds, lorsque l'attention du médecin n'est pas spécialement attirée de ce côté; nous pensons que ces différents troubles nutritifs doivent exister aussi bien dans la fièvre typhoïde, la fièvre jaune, et la fièvre inflammatoire, et que leur existence se trouve en rapport non pas avec la nature, mais plutôt avec la gravité de chacune de ces maladies.

Comme nous avons eu déjà l'occasion de le dire, nous ne voyons dans les différents accidents que nous venons de signaler que les différentes phases d'un même processus commençant à l'érythème pour aboutir à la gangrène, et nous diviserons leur étiologie en deux ordres de causes : locales et générales.

Les causes locales agissent presque toujours les premières, et bien qu'à leur action vienne incontestablement s'ajouter celle des causes générales, nous pensons qu'elles contribuent

(1) *Traité de la fièvre inflammatoire.*
(2) *De la fièvre bilieuse inflammatoire à la Guyane.*
(3) Note particulière.

pour la plus large part à la production de l'érythème scrotal et de l'érysipèle primitif. Ces causes sont l'âcreté et l'abondance excessives des sueurs à la région génitale, sous l'influence de la chaleur climatique et de l'hyperthermie morbide : elles produisent là une irritation suffisante pour provoquer à elle seule l'apparition de l'érythème. Il faut en outre tenir compte de la délicatesse des téguments de cette région, et de l'irritation produite par les frottements des parties. Ces conditions se retrouvent dans toutes les maladies aiguës sous les tropiques.

Lorsqu'il se produit des excoriations ou des ulcérations, elles peuvent bien être attribuées au grattage, par le malade lui-même, de la partie irritée ; mais elles deviennent facilement gangréneuses, et c'est ici que commence l'action des causes générales que nous allons étudier maintenant.

La gangrène est un phénomène morbide bien souvent encore aujourd'hui difficile à expliquer ; ce que l'on sait pertinemment, c'est que partout où il y a gangrène, il y a eu d'abord un défaut de nutrition. Que la perversion trophique soit rapportée, comme le veut Charcot, à des troubles de l'innervation, ou que l'on fasse intervenir un vice de fonctionnement du système circulatoire ; soit encore, que l'innervation et la circulation étant intactes, on mette sur le compte de l'infection elle-même, de la présence de l'agent infectieux dans le torrent circulatoire les accidents gangréneux, c'est toujours, en définitive, la circulation qui peut être mise en cause. Mais il ne faut pas songer à expliquer par une théorie exclusive les faits observés ; c'est plutôt par l'action complexe d'un certain nombre de causes diverses.

Ces causes sont ou bien d'origine centrale ou bien d'origine périphérique et se rapprochent alors des causes locales. Ces dernières ont une grande importance, car il ne suffit pas, par exemple, d'admettre que l'infection du sang par les agents morbigènes provoque la mortification des tissus, en infectant les éléments anatomiques : avec cette théorie, ce

n'est pas à la gangrène locale, mais à la gangrène générale, à la mort du malade que nous devrions arriver. Il faut donc un appel en un point donné, il faut que sous une influence variable suivant les cas, la vitalité soit localement diminuée et incapable de résister à l'action de l'infectieux.

Ici nous avons de l'inflammation comme premier symptôme : sous son influence, il se produit un ralentissement du cours du sang dans les capillaires ; les éléments anatomiques ne sont plus suffisamment nourris. Que l'exsudat fibrineux très abondant qui se produit alors vienne à comprimer les dernières ramifications vasculaires, la circulation collatérale pourra se trouver gênée, et le renouvellement du sang artériel nécessaire à la vie locale ne se fera plus assez. Lorsqu'un point gangréneux est une fois produit de cette façon, il devient corps étranger pour l'organisme et produit autour de lui un nouveau cercle inflammatoire qui, à son tour, bien que les choses ne se passent pas toujours ainsi, pourra suivre le même processus.

La qualité du sang joue également un rôle très important dans la pathogénie des accidents gangréneux au cours des maladies infectieuses. L'empoisonnement du liquide nourricier par l'agent infectieux, a pour résultat de mettre l'organisme tout entier dans de mauvaises conditions de vitalité ; mais, malgré sa septicité, la mortification ne se produirait pas localement, s'il n'y avait en même temps, en un point donné, obstacle au fonctionnement régulier de l'appareil circulatoire. Cet obstacle, nous l'avons trouvé dans les capillaires, mais il peut aussi exister dans le cœur lui-même, dans les artères et dans les veines.

Il est fréquent de rencontrer dans les maladies infectieuses, des lésions de tout l'appareil circulatoire, mais plus particulièrement du cœur, et de nombreuses autopsies démontrent péremptoirement que la dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque n'est pas chose rare. Le cœur ne se contractant plus normalement, la tension diminue dans les

artères et dans les capillaires, et, dès lors, un obstacle, aussi léger qu'il soit, suffira pour arrêter le courant sanguin si faible déjà. Cette altération peut porter aussi sur les vaisseaux dans les mêmes conditions, et ces lésions vasculaires ne pourront qu'aggraver encore les différents troubles circulatoires, sans compter qu'elles sont éminemment favorables à la production de caillots et partant d'embolies. Les embolies peuvent encore être attribuées à l'état inopexique du sang dû soit à une augmentation de la quantité de fibrine, soit à une coagulabilité anormale de la substance fibrinogène.

Il ne faut pas oublier enfin que, dans les pays chauds, la suractivité fonctionnelle des organes génitaux fait de ces organes un point de moindre résistance et les prédispose à subir avec plus de facilité les influences nocives.

Dans la fièvre jaune, il est un mode de production de la gangrène à peu près spécial à cette maladie, nous voulons parler de la gangrène consécutive aux hémorrhagies sous-cutanées. Le sang extravasé, après avoir détruit les capillaires, se transforme en caillot, et la circulation se trouve alors complètement arrêtée en ce point.

Il est encore une autre manifestation que l'on observe assez fréquemment dans les maladies infectieuses : c'est l'orchite. Elle n'est point rare au cours de la fièvre typhoïde et pendant la convalescence. Connue depuis seulement la moitié de ce siècle, et considérée pendant longtemps comme très rare, l'orchite typhoïde a été un peu mieux étudié à mesure que le cadre des maladies infectieuses s'est élargi. Mais la pathogénie de cette orchite est encore mal connue.

M. Burot a observé dans la fièvre bilieuse inflammatoire des lésions du système lymphatique se manifestant sur les organes génitaux soit par des érysipèles, soit par des adenites inguinales, soit par des orchites, qui, dit-il, sont loin d'être rares (1). Au point de vue de la nature même de ces

(1) *Loc. cit.* p, 364.

orchites, nous attachons à ce fait, à la concomitance de ces différentes manifestations, une grande importance.

Certains médecins ont vu souvent suppurer des orchites dans ces conditions. Ces orchites suppurées sont même assez communes à la Guadeloupe et à la Guyane. Elles se produisent souvent, sinon toujours, après un accès de fièvre, sans qu'il soit dans tous les cas possible de retrouver aucun antécédent permettant de rattacher l'orchite à la blennorrhagie ou à un traumatisme antérieur. Ces orchites s'observent indistinctement sur les créoles et sur les européens, mais surtout chez les jeunes soldats.

C'est à tort que l'on a appliqué à ces manifestations le nom d'orchites suppurées : presque toujours, en effet, la lésion primitive est une hydrocèle lymphoïde, simulant une orchite suppurée, à cause de la coexistance de la fièvre ; et nous pensons que cette hydrocèle n'est que l'un des anneaux d'une chaîne d'accidents lymphatiques produits par la fièvre inflammatoire. Cette hypothèse se trouve souvent confirmée par le microscope. D'ailleurs, nous devons avouer que dans bien des cas la suppuration est une terminaison inévitable, comme dans l'observation suivante que nous avons recueillie dans le service de M. Corre, à la Pointe-à-Pitre.

Observation VI

Fièvre bilieuse inflammatoire avec poussées lymphangitiques et hydrocèle lymphoïde.

M. B..., vingt-neuf ans, né à Port-Louis (Guadeloupe). Entre à l'hôpital le 12 novembre 1885, malade depuis six jours, A eu antérieurement quelques accès de fièvre paludéenne.

Pendant les quelques jours qui ont précédé sa maladie, M. B... a dû faire à cheval des courses très fatigantes.

Au début : fièvre avec hyperthermie, douleurs lombaires. Douleurs et gonflement du scrotum à gauche. Depuis ce moment, la fièvre est continue bien qu'avec des exacerbations irrégulières ; le testicule a augmenté progressivement de volume. — La veille de l'entrée à l'hôpital, M le Dr Guesde, trouvant à la partie inférieure des bourses un point fluctuant et plus douloureux, a pratiqué une ponction exploratrice, et a amené un liquide mucopurulent, puis, après une ouverture au bistouri, issue de liquide mêlé de sang. — Constitution affaiblie, teint cachectique ; les yeux ont une teinte subictérique.

Le scrotum forme une tumeur volumineuse, de la grosseur d'un œuf d'autruche, ne se continuant pas dans l'anneau inguinal. Aux deux tiers supérieurs de la tumeur, pas de rougeur inflammatoire, pas de douleur; on éprouve au palper la sensation de tension par un liquide. — Au tiers inférieur, le scrotum offre une rougeur diffuse; douleur à la pression. A ce niveau, sensation d'induration et d'empâtement, répondant à la partie où a été pratiquée la ponction.

12 novembre. — Temp., S. 40°.

13. — Au moment du pansement, il s'écoule par la plaie une certaine quantité d'une sérosité un peu sanguinolente. On met un drain dans la plaie et on commence à administrer du sulfate de quinine.

Temp., M. 39°4 — S. 39°.

14. — Le malade se trouve mieux, un peu reposé. Le liquide séro-sanguinolent, contenu dans la vaginale, paraît à peu près complètement écoulé; on ne sent plus dans la poche que le testicule induré. La douleur s'est portée vers l'épididyme; il y a en même temps un peu de raideur à la cuisse gauche ; les ganglions du pli de l'aine sont indurés.

Temp., M. 38°5 — S. 38°6.

Le liquide qui s'écoule encore de la cavité vaginale offre l'aspect d'une sérosité citrine, sanguinolente, peut-être un peu trouble. A l'examen microscopique, M. Corre y trouve une grande quantité

de leucocytes offrant une fine pigmentation granuleuse, et des globules graisseux clairsemés; pas de filaires.

15. — L'écoulement de la sérosité continue; mais il se forme de l'érysipèle autour de l'ouverture de la plaie. Le testicule a diminué de volume. L'induration ganglionnaire persiste à gauche, à la partie supérieure du triangle de Scarpa. Vomissement hier soir. Urines bilieuses.

Temp., M. 38°5 — S. 38°7. On redonne le sulfate de quinine.

Les jours suivants l'état du malade s'améliore, et la température se maintient normale. Le volume du testicule va en diminuant.

20. — Hier soir, Temp. 39°5; accès de fièvre franc : frisson, chaleur et sueur, ayant duré quatre heures. Les bourses ne présentent aucune modification.

Temp., M. 38°8 — S. 37°.

21. — Fièvre cette nuit. Apparition de manifestations lymphangitiques nouvelles. A la partie supérieure et interne du bras, où le malade a eu autrefois un abcès, on sent sur le trajet des vaisseaux un cordon dur avec une petite induration douloureuse, mais sans changement de coloration à la peau. — Douleur le long des vaisseaux lymphatiques de la cuisse gauche.

Temp., M. 38°5 — S. 39°2.

22. — Le scrotum est redevenu volumineux, mais reste indolore. Léger écoulement citrin par la plaie. Fétidité de la sueur des parties.

Temp., M. 38°6 — S. 40°7.

23. — Le scrotum est moins gros qu'hier; la cuisse est aussi dégonflée.

Temp., M. 38° — S. 38°.

24. — Le scrotum a repris ses anciennes dimensions (œuf d'autruche). Il s'écoule par la plaie du *pus franc;* mais il n'y a plus de fétidité.

Temp., M. 37°5 — S. 37°8.

Les jours suivants, le scrotum diminue peu à peu de volume. Le malade va de mieux en mieux.

Le 2 décembre, le malade va aussi bien que possible. Tout écou-

lement scrotal a cessé. Le testicule très induré, mais indolore, reste seulement tuméfié du tiers de son volume primitif.

Cette observation nous offre un tableau complet des manifestations lymphatiques signalées par M. Burot. Comme nous l'avons dit, il n'y a pas eu ici d'orchite véritable : ce n'est pas le testicule qui a été le siège de l'atteinte principale, mais bien la tunique vaginale : le liquide qu'elle contenait était bien lymphoïde, et n'est devenu purulent qu'après une rechute.

2° Infectieuses paludéennes

Ces maladies sont essentiellement endémiques dans les pays chauds, où la chaleur et l'humidité, se rencontrant sur un sol riche en matières organiques, se combinent pour donner naissance au miasme paludéen, et où le milieu climatique lui offre les meilleures conditions de développement. Ces conditions se rencontrent si communément aux pays chauds, qu'il nous paraît plus simple de synthétiser toutes les maladies infectieuses paludéennes qu'on y observe, et de les réunir en une seule, le paludisme, dont elles ne sont que des manifestations multiples. Le paludisme, en effet, véritable Protée pathologique, traduit son action de mille manières; mais si l'on parvient à le débarrasser de ses formes diverses, on voit qu'en définitive il joue dans la pathologie exotique un rôle des plus importants. « Si l'on jette les yeux, dit M. le professeur Verneuil (1), au delà du mur d'enceinte de nos grandes villes, et surtout hors des frontières de notre vieille Europe, on reconnaîtra que le paludisme (toutes formes aiguës et chroniques comprises), est, parmi les maladies constitutionnelles qui déciment le

(1) *Mémoires de Chirurgie*, t. III, p. 385.

genre humain, la plus universelle, la plus tenace et la plus meurtrière. »

Cette question du paludisme a pris depuis quelques années une grande importance, depuis surtout les remarquables travaux de Verneuil sur le rapport des diathèses, du paludisme en particulier avec les maladies chirurgicales. Si les faits exposés par Verneuil eussent été connus plus tôt, nous n'aurions pas vu sans doute autant de maladies essentielles, et, pour ne parler que des organes génitaux, autant d'orchites ourliennes sans oreillons, autant d'orchites et d'uréthrites rhumatismales, dans lesquelles le rhumatisme n'avait que faire. Que de fois, lorsqu'un malade refusait de reconnaître à une uréthrite ou à un orchite l'origine vénérienne banale, les médecins, et des plus habiles, ont dû mettre en doute la sincérité de ses allégations, pour n'avoir pas suffisamment interrogé leurs antécédents pathologiques !

La malaria peut se manifester dans l'organisme sous deux formes : une forme aiguë et une forme chronique ; et dans ces deux variétés, des localisations génitales ont été également observées. Dans le premier cas, nous nous retrouvons en face d'affections présentant fort souvent une allure typhique. Qu'on les appelle fièvre bilieuse paludéenne, fièvre mélanurique, fièvre typhoïde malarienne, ce sont toujours des pyrexies offrant la plus grande analogie avec celles dont, sous le nom de maladies infectieuses typhiques, nous avons parlé dans le précédent paragraphe. Ici encore, les manifestations génitales sont des phénomènes qu'il est assez fréquent de rencontrer. L'érythème scrotal, les lésions gangréneuses s'y observent communément, et je n'en veux pour preuve que les nombreuses observations de Parkes dans l'Inde, de Colin, et d'Haspel en Algérie, et de M. Corre à Nossi-Bé et au Sénégal.

Mais dans la forme chronique, ces localisations génitales sont de beaucoup plus fréquentes. Tantôt elles s'établissent avec le même fracas que dans les pyrexies, tantôt, au con-

traire, elles débutent lentement ; tantôt, après une poussée aiguë, elles disparaissent pour longtemps, et tantôt elles prennent le caractère intermittent des accès de fièvre paludéenne qui accompagnent la plupart du temps chaque nouvelle atteinte.

Le paludisme peut se manifester aussi bien chez l'homme que chez la femme, sur les différents organes de l'appareil génital. Parfois il est difficile de saisir la pathogénie de ces manifestations, mais souvent aussi la suractivité fonctionnelle, des lésions antérieures même les plus légères, font de tel ou tel de ces organes, ou de plusieurs d'entre eux à la fois un centre d'appel évident. C'est ainsi que les uréthrites, les orchites, les grossesses, les accouchements antérieurs constitueront autant de tares, de propathies, que le paludisme recherchera de préférence.

La verge et le scrotum peuvent être, soit ensemble, soit séparément, le siège de gangrènes plus ou moins étendues. Dans certains cas, l'étiologie en est obscure, mais dans d'autres, on ne peut récuser l'influence du paludisme. Ces gangrènes se rencontrent quelquefois ailleurs que dans les pays chauds, et lorsqu'on les observe en France, à Paris, par exemple, en dehors de tout foyer paludéen, leur étiologie est alors bien plus difficile à établir. A quelle cause, par exemple, rapporter les cas de gangrène foudroyante observés par M. le professeur Fournier (1)? Le savant professeur reconnaît bien là l'influence d'un agent infectieux, mais c'est tout, et d'ailleurs, l'accident s'est toujours déclaré en pleine santé. En Italie, en Grèce, ces faits ne sont déjà plus rares, mais leur étiologie n'est franchement établie que dans les pays chauds.

Nous pouvons bien considérer comme d'origine exotique, le cas observé à l'hôpital de Lorient par M. le Dr Boutin, médecin de première classe de la marine. L'influence de

(1) *Semaine Médicale*, 1884, p. 69.

l'intoxication palustre nous paraît dans ce cas tellement incontestable, que nous allons résumer brièvement l'observation qui en a été publiée dans les *Archives de médecine navale.*

Observation VII

(Boutin (1). — Résumée.)

S... Louis, sergent d'infanterie de marine, vingt-deux ans. Rentré depuis un mois environ du Sénégal où il a eu de nombreux accès de fièvre ayant amené un état cachectique.

Le 9 février au soir, il est pris d'un fort accès qui dure trois jours. Le 12, le malade constate sur sa verge une rougeur érysipélateuse occupant tout le dos de l'organe, avec une phlyctène remplie de sérosité noirâtre au centre. Il est dirigé sur l'hôpital de Lorient.

A son entrée, le 15, la face supérieure du gland et celle du prépuce sont assez profondément sphacélées, noirâtres. Signes fonctionnels, nuls : pas de douleur ni spontanée ni provoquée. Il n'existe ni lymphangite, ni adénite inguinale. Pas de traumatisme à la verge avant l'accident ; pas d'excès de coït non plus.

La rate est hypertrophiée ; le foie, augmenté aussi de volume, est douloureux à la pression.

Il est procédé le jour même à l'ablation de la partie sphacélée.

Lavements quininés, qui sont continués pendant encore onze jours. La fièvre n'a pas reparu depuis que le malade est entré à l'hôpital ; l'état général est bon et la plaie marche rapidement vers la guérison. Sucre dans les urines pendant quelques jours.

Le malade qui fait le sujet de cette observation était un homme profondément impaludé à la suite d'un séjour de

(1) *Arch. de méd. nav.*, avril 1884, p. 343.

deux années au Sénégal; l'état de la rate et du foie en est d'ailleurs une preuve convaincante; et c'est à l'occasion d'un nouvel accès plus sérieux que les précédents que les accidents gangréneux font leur apparition. C'est aussi sous l'influence du traitement spécifique qu'ils disparaissent, en même temps que l'état général s'améliore. Est-il possible de récuser ici l'influence du paludisme?

Quant au mécanisme de cette gangrène, il est le même que celui que nous avons indiqué déjà dans les maladies infectieuses typhiques : état dyscrasique du sang dû à l'empoisonnement maremmatique, encombrement des capillaires par le pigment palustre. Mais ici nous ne voyons pas le *locus minoris resistantiæ*, et nous ne pouvons que croire à une simple coïncidence, la gangrène ayant pu se produire aussi bien sur tout autre point aussi éloigné du centre circulatoire.

Lorsque le paludisme localise, chez l'homme, son action sur son organe plus profond, c'est le plus souvent le testicule qui est atteint.

La lésion testiculaire la plus fréquente sous l'influence du paludisme est incontestablement l'orchite. Mais ces manifestations paludéennes méritent-elles réellement ce nom d'orchites? C'est là une question que nous nous sommes posée en présence des nombreuses observations de localisations testiculaires produites par le paludisme. Il est certain qu'ici les symptômes diffèrent quelque peu de ceux que l'on observe dans le cours des véritables orchites blennorrhagiques ou autres : les phénomènes inflammatoires sont toujours moins intenses, la durée de la maladie est toujours beaucoup plus courte, et il est rare de voir après la guérison les indurations si lentes à disparaître que l'on retrouve toujours à la suite des orchites. Toutes ces raisons nous portent à penser qu'il pourrait bien y avoir là autre chose.

D'ailleurs, comment s'expliquer cette orchite? Comment se produirait l'inflammation? L'altération de l'épithélium des

tubes séminifères, par l'effet d'une sécrétion exagérée, ou, au contraire, chez les gens continents, de l'accumulation du liquide spermatique, nous semble une explication insuffisante. Pourquoi, au lieu d'une orchite vraie, n'y aurait-il pas plutôt une espèce de lymphangite testiculaire, lymphangite superficielle ou lymphangite profonde, ou bien les deux à la fois?

Nous savons, depuis les savantes recherches de Sappey, que le testicule est l'un des organes dont le système lymphatique est le plus richement développé, et nous avons, d'autre part, démontré déjà la fréquence de la lymphangite dans les pays chauds, par le fait d'un fonctionnement physiologique, mais exagéré de tout le système. Ces données nous paraissent devoir peser d'un certain poids en faveur de notre hypothèse. Elle nous donne la clé du mécanisme de ces orchites pour ainsi dire spontanées, apparaissant à l'occasion d'un ou de plusieurs accès de fièvre intermittente; elle crée d'emblée sur le testicule le *locus minoris resistantiæ*, alors même que toute lésion du testicule aurait fait défaut.

Quoiqu'il en soit, nous conserverons à ces lésions le nom d'orchites, qui leur est généralement attribué, et nous étudierons successivement les orchites compliquées de paludisme et les orchites paludéennes primitives.

Lorsque le paludisme agit comme complication, il peut se présenter deux cas : ou bien, une orchite blennorrhagique, par exemple, se déclare chez un individu ayant eu antérieurement des accidents paludéenns ; ou bien, au contraire, l'orchite existe préalablement, et le paludisme vient ensuite pour en modifier le processus.

Supposons, par exemple, qu'un individu impaludé prenne une blennorrhagie; en dehors, bien entendu, de toute influence paludéenne, l'orchite pourra survenir; mais, chez lui, les symptômes et la marche de cette orchite prendront un caractère particulier. Sans qu'aucune des causes, ordi-

nairement invoquées dans la production de l'orchite blennorrhagique intervienne ici, sans qu'il ait fait aucun excès, le malade sera pris subitement d'un fort accès de fièvre, puis d'un second. Il semble que, dans ce cas, ce soit l'affection locale qui ait réveillé la diathèse, et que les accès intermittents soient provoqués par la blennorrhagie. Bref, quelquefois avant, quelquefois après le premier, ou même après le second accès de fièvre, le malade sentira l'un de ses testicules devenir douloureux, le scrotum sera rouge, chaud : en somme, tous les symptômes de l'orchite. Puis, dans l'intervalle des accès, rémission complète des symptômes testiculaires, et nouvelle réapparition de ces mêmes symptômes avec un nouvel accès de fièvre. Cette intermittence si franche des phénomènes locaux, chez un sujet primitivement impaludé, et présentant actuellement des accès de fièvre intermittente, peut-elle être rapportée à une autre cause qu'au paludisme? Nous ne le pensons pas, et c'est ici le lieu d'appliquer l'adage hippocratique : *Naturam morborum curationes ostendunt,* car la quinine, convenablement administrée, fait cesser les accès et disparaître en même temps tous les symptômes de l'orchite.

Nous trouvons, dans le mémoire du Dr Girerd, quelques observations empruntées à Simon de Hambourg, tout à fait conformes aux faits que nous avançons (1).

Observation VIII

(Résumée.)

Epididymite blennorrhagique accompagnée de douleurs violentes quotidiennement exaspérées. Insuccès de tous les moyens

(1) *Des manifestations du paludisme sur les organes génitaux de l'homme.*

employés. Diminution progressive et lente du mal. Retour des accidents avec les caractères complets de l'intermittence. — Sulfate de quinine. — Cessation prompte et définitive des accidents.

Nous pourrions multiplier ces observations, mais voyons le deuxième cas, celui où l'orchite a existé avant l'impaludation. La marche des accidents est ici peut-être encore plus remarquable, et nous ne croyons pouvoir mieux faire, pour montrer jusqu'à quel point ces cas sont particulièrement intéressants, que de rapporter l'observation suivante que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Primet, médecin de 1re classe de la marine.

Observation IX

(Inédite.)

M. X., médecin de la marine, a eu, depuis qu'il est à la Guyane, de nombreux accès de fièvre paludéenne; il est fortement impaludé. Depuis quelques temps, il observe que les accès de fièvre réveillent une orchite blennorrhagique ancienne. La poussée congestive qui se fait de ce côté est parfois si violente, qu'il a dû garder la chambre plusieurs jours; le testicule, et particulièrement l'épididyme, étant douloureux et augmentés de volume. A la suite de ces poussées, de ces orchites à répétition, pour employer l'expression de notre collègue, le testicule est devenu plus gros, dur; le scrotum est épaissi.

Les congestions testiculaires n'ont jamais eu lieu que d'un seul côté, du côté malade.

Dans les deux cas que nous venons de voir, le point d'appel, de moindre résistance, semblait tracer tout naturellement

sa route à l'infectieux vers l'organe déjà atteint ; tandis que dans l'orchite paludéenne primitive, bien que cet appel doive exister également, il n'est pas aussi évident toujours; et c'est là précisément ce qui rend plus intéressante peut-être encore cette étude des complications testiculaires primitives. C'est, d'ailleurs, aussi cette dernière variété d'orchite que nous avons été le plus à même d'étudier personnellement pour l'avoir observée à la Guadeloupe, soit à l'hôpital de la Pointe-à-Pitre, soit à celui de la Basse-Terre.

Comme nous le disions plus hant, ces localisations testiculaires sont loin de présenter toujours les symptômes d'une véritable orchite. C'est parfois une simple tuméfaction légère et semi-indolente, sans changement de couleur à la peau, sans augmentation de la température locale. Ces symptômes seraient parfois assez difficiles à déterminer s'ils étaient observés isolément. Mais ce qui peut éclairer le diagnostic, c'est que ces symptômes sont accompagnés de fièvre et de manifestations lymphatiques. Quelquefois la fièvre ressemble à un véritable accès pernicieux. Bien entendu, ces faits s'observent en pays paludéen, et chez des hommes déjà en puissance de paludisme. En voici d'ailleurs une observation que nous avons recueillie dans le service de M. Corre, à la Pointe-à-Pitre.

Observation X

Bec..., vingt et un ans, soldat d'infanterie de marine, quatre mois de séjour au Sénégal et dix-sept à la Guadeloupe ; a été pris en France de fièvre intermittente à son retour du Sénégal. Depuis son arrivée à la Guadeloupe, il est entré à l'hôpital à trois reprises différentes pour la même affection. Pas d'antécédents vénériens. Jamais d'orchite ni d'uréthrite blennorrhagique.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, le malade a remarqué un léger gonflement des bourses du côté droit. Le testicule était à peine douloureux, et le malade éprouvait seulement, vers le scrotum, un sentiment de pesanteur qui a éveillé son attention; pas de fièvre, pas de vomissements. Le gonflement du testicule a été bientôt suivi d'une légère tuméfaction à l'aine du côté déjà malade. B... a pourtant pu continuer encore son service pendant quelques jours, mais il remarquait que la douleur, si légère d'abord, augmentait avec l'exercice.

A son entrée : anémie assez prononcée, teint cachectique. Engorgement, à peine appréciable il est vrai, le long des vaisseaux cruraux; très légère induration ganglionnaire dans l'aine. Le testicule droit est un peu tuméfié sans changement de couleur à la peau. La température locale n'est pas augmentée; la pression du testicule est à peine douloureuse; le malade n'éprouve qu'une sensation de pesanteur qu'il rapporte au poids du testicule. — Rien de particulier à la palpation.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital, le malade est pris d'un violent accès de fièvre avec frisson et envie de vomir. Puis les phénomènes lymphatiques disparaissent, mais le malade se plaint toujours d'éprouver une certaine gêne le long de la partie antéro-interne de la cuisse, et comme des picotements à la région inguinale quand il essaye de marcher.

Le traitement consiste en repos et administration quotidienne de sulfate de quinine. Au bout d'une dizaine de jours, tous les accidents ont complètement disparu et le malade sort guéri.

Nous pensons, avec M. Corre (1), que cette tuméfaction du testicule doit être attribuée à une dilatation des vaisseaux lymphatiques intra-testiculaires, ou plutôt, peut-être à une suffusion intra-vaginale. C'est encore la théorie que nous avons développée plus haut; mais, en outre, cette dernière proposition (suffusion intra-vaginale) nous ramène à l'action

(1) Communication orale.

du paludisme sur la pathogénie de l'hydrocèle graisseuse et des affections lymphatiques attribuées à la filaire de Vucherer.

Comment se fait-il que chez cet homme exempt de tout antécédent pathologique local, cette poussée se soit produite sur le testicule? En dehors de toutes les nombreuses causes que nous avons déjà énumérées, nous pouvons encore admettre ici que, sous l'influence des exercices, de la marche, de la station prolongée pendant la faction, le poids du testicule a suffi pour produire un appel de ce côté en tiraillant les vaisseaux, et produisant sur les lymphatiques une irritation toute mécanique.

C'est d'ailleurs à cette cause aussi, et en dehors de l'influence paludéenne que le Dr Drago attribue cette forme particulière d'orchite qu'il a observée à la Guyane. Mais pourquoi ces orchites, dans un pays essentiellement paludéen, comme la Guyane, ne seraient-elles pas aussi du domaine du paludisme? Souvent les militaires observés par le Dr Drago avaient des antécédents paludéens, et d'ailleurs les symptômes de cette orchite se rapprochent par bien des points de ceux que nous venons de décrire (1).

Le Dr Maurel, médecin principal de la marine, a lui aussi observé ces orchites à la Guyane, et n'a pas manqué de les rattacher à leur véritable origine. Pour lui, il n'y a aucune raison empêchant le processus paludéen de se localiser sur les organes génitaux comme il se localise dans le foie, les reins, le poumon, le cerveau, et l'existence de l'orchite paludéenne ne peut pas être mise en doute (2). Les symptômes observés par M. Maurel, concordent bien d'ailleurs avec ceux que nous avons décrits nous-même : peau saine, testicule et épididyme légèrement tuméfiés, peu de douleurs, absence d'antécédents vénériens.

(1) Drago, Thèse citée.
(2) Maurel, *Traité des maladies paludéennes à la Guyane.*

A Panama, le Dr Girerd a réuni vingt-trois observations d'orchi-épididymites primitives paludéennes. Jamais, dans tous ces cas, l'étiologie n'a fait l'ombre d'un doute : mais les symptômes étaient plus prononcés que dans les orchites observées à la Guyane et ailleurs, avaient plus de gravité que ceux que nous avons décrits.

Nous ne nous sommes occupé jusqu'à présent que des orchites paludéennes aiguës, mais il peut se produire sous la même influence des orchites chroniques. Une première atteinte en appelant fatalement une nouvelle, s'il n'y a pas eu d'intervention thérapeutique surtout, on comprendra facilement comment cette seconde forme peut succéder à la première. A la congestion succède ici non plus l'inflammation, mais l'atrophie : le testicule paludéen se sclérose petit à petit. Cette atrophie testiculaire, outre la diminution de volume de la glande, se manifeste en même temps par une impuissance génésique plus ou moins complète suivant le degré de la maladie. Le Dr Girerd a eu l'occasion d'observer fréquemment à Panama cette forme d'orchite, surtout chez des paludéens anciens et principalement chez des indigènes, mais jamais sur de nouveaux arrivés. Ses observations ont porté plus particulièrement sur 350 sujets et voici le tableau qu'il en a dressé :

RACES	ATROPHIE COMPLÈTE		TESTICULES EN VOIE D'ATROPHIE	TOTAUX
	DES TESTICULES	D'UN SEUL TESTICULE		
Métis.....	4	15	14	33
Blancs.....	15	39	58	112
Noirs.....	6	19	22	47
Totaux...	25	73	94	192

L'orchite n'est pas la seule lésion qui s'observe, sous l'influence du paludisme, sur les organes génitaux : il peut se produire simultanément de l'uréthrite, ou bien l'uréthrite peut exister seule, la muqueuse uréthrale étant seule atteinte. Cette manifestation de la malaria est plus rare sans doute que la précédente, mais son existence n'en est pas moins hors de doute. Ici encore on peut considérer deux cas : l'uréthrite survenant chez un paludéen, et l'uréthrite paludéenne spontanée.

Le paludisme prédispose à contracter plus facilement toute sorte d'affections, et si un paludéen s'expose, par exemple, à la contagion blennorrhagique, il contractera bien mieux qu'un autre la blennorrhagie. Mais en outre, comme pour l'orchite, le point de moindre résistance se trouvant créé par le fait de cette inflammation, le paludisme tendra à localiser en ce point tous ses effets, et l'on verra se produire dans la marche de la chaudepisse, des phénomènes bizarres, bien faits pour dérouter un médecin peu au courant de ces faits. Le malade ressent le long du canal des douleurs plus vives à l'occasion de chaque accès de fièvre ; ou bien, l'écoulement, qui est peu abondant et qui a cessé complètement parfois, reparaît à chaque nouvel accès, et l'on a ainsi le spectacle d'une blennorrhagie franchement intermittente. Les faits de ce genre sont cependant encore assez rares, et la littérature médicale en fournit à peine quelques observations.

Moins rare ou peut-être mieux étudiée est l'uréthrite paludéenne apparaissant d'emblée. Comme pour l'orchite, et plus longtemps encore, on a méconnu la nature malarienne de l'écoulement uréthral, pour y voir uniquement, et dans tous les cas, de la blennorrhagie, malgré les assertions de malades souvent dignes de foi. Puis on a voulu rattacher ces uréthrites au rhumatisme, à la goutte, alors que le malade n'était ni goutteux ni rhumisant, malgré la fièvre dont l'uréthrite était accompagnée. C'est pour n'avoir pas assez sérieu-

sement étudié cette fièvre, que les auteurs ont été si souvent induits en erreur au sujet de ces uréthrites sans cause apparente.

Après un ou plusieurs accès de fièvre, la plupart du temps chez d'anciens paludéens, il se produit, du côté du canal de l'urèthre, une congestion se manifestant par de la rougeur au méat, de la douleur pendant la miction; enfin, après ces prodromes, apparaît un écoulement purulent. Puis, comme pour l'orchite, tout peut rentrer dans l'ordre pour reparaître à l'occasion d'un nouvel accès, ou bien ces symptômes d'uréthrite peuvent persister jusqu'à ce qu'un traitement approprié, l'administration de la quinine, vienne mettre un terme aux accès de fièvre, et faire cesser en même temps les symptômes locaux rebelles à toute autre médication. Outre les accès de fièvre dont elle est accompagnée, cette uréthrite est loin de présenter tous les caractères de l'uréthrite vulgaire, absolument comme nous avons vu l'orchite paludéenne différer dans l'ensemble de sa symptômatologie de l'orchite blennorrhagique. Les phénomènes inflammatoires sont ici moins prononcés, il n'y a guère que de la congestion; la douleur est moins intense, l'écoulement moins franchement purulent, et surtout, on n'y peut, malgré les recherches les plus minutieuses, rencontrer l'élément spécifique du pus blennorrhagique: le gonococcus. Ces caractères, à défaut de la fièvre, seraient presque suffisants pour mettre sur la voie du diagnostic.

Les premières observations de ces espèces d'uréthrites ont été publiées par les médecins militaires que leur séjour dans des localités paludéennes de l'Algérie avait mis à même de recueillir de pareils faits.

Le médecin inspecteur Ceccaldi en a rapporté un cas cité dans le livre d'Hélye, et Hélye lui-même, si bien au courant déjà, pour son époque, de toute cette grande question du paludisme, en a signalé plusieurs.

Observation XI
(Ceccaldi.)

Écoulement uréthral chronique guéri par la quinine.

Un observateur habile, dit Hélye (1), d'une vaste expérience, et qui connaît bien l'endémie algérienne, M. le médecin inspecteur Ceccaldi, rapporte le fait suivant : il fut appelé à soigner, à Constantine, un écoulement uréthral qui, depuis trois mois, résistait à tous les moyens. M. Ceccaldi reconnut que cet écoulement était nocturne ; il ne laissa point échapper l'indication, et le sel de quinine tarit l'écoulement jusque-là rebelle.

Observation XII
(Hélye.)

Uréthrite suite de fièvre paludéenne.

J'ai en ce moment (avril 1863) à l'hôpital, un militaire qui a pris en même temps une fièvre intermittente et un écoulement uréthral : il n'y a point eu de contagion possible. Les deux affections ont guéri simultanément par le sulfate de quinine.

Observation XIII
(Hélye.)

Cysto-uréthralgie et écoulement paludéen.

Tout récemment, fin décembre 1862, à Mascara, j'ai donné des soins à un négociant atteint d'abord d'une cysto-uréthralgie très

(1) Hélye, *La maladie en Algérie et dans les pays chauds*, Paris, 1864.

pénible. Il urinait à chaque instant et quelques gouttes seulement.

Un écoulement blennorrhagique spontané existait. Tout céda rapidement auxsels de quinine, et aux cataplasmes chauds sur l'hypogastre. Huit jours après, je suis appelé de nouveau pour une douleur très aiguë de l'aine droite, du testicule du même côté avec un besoin incessant d'aller à la garde-robe ; il s'est levé plus de quarante fois dans la nuit, toujours sans résultat, sans aucune excrétion de matière. La douleur du testicule lui donne une viveinquiétude ; il l'attribue à des accidents anciens : il n'y a aucun symptôme inflammatoire. Je déclare que c'est la même maladie qu'antérieurement, avec un siège différent ; je promets prompte guérison ; ce qui fut.

N'y a-t-il pas là un rapprochement à faire entre cette observation et notre observation XII, Hélye entrevoyait déjà que tous ces accidents n'étaient que des phases différentes d'un même processus.

Nous avons eu la bonne fortune, à la fin de notre séjour à la Guadeloupe, d'observer à l'hôpital de la Basse-Terre un cas analogue dont voici l'observation.

Observation XIV

(Personnelle.)

M. A... Louis, instituteur laïque, né à Chateaugiron (Ile-et-Vilaine), cinquante-deux ans; depuis trente et un ans et sept mois à la Guadeloupe, a eu souvent des accès de fièvre intermittente ; il a eu en outre la fièvre jaune et la dysenterie. Entré à l'hôpital militaire de la Basse-Terre le 10 décembre 1885.

A son entrée, on constate : état d'anémie assez avancé, teint cachectique de l'intoxication paludéenne.

Après avoir servi dans un grand nombre de communes de la Colonie, les unes marécageuses, les autres au contraire saines, le

malade a été envoyé en dernier lieu au Bananier, petite localité essentiellement paludéenne, où il habite depuis le 28 octobre. Le 5 novembre, il a eu un premier accès de fièvre, et depuis cette époque, il a eu presque tous les jours des accès, mais très irréguliers dans leur périodicité. Le malade n'a à son passif aucun antécédent vénérien, ni aucune maladie des organes génito-urinaires.

Le 28 novembre, après un effort, le malade a senti une douleur dans les bourses, non pas une douleur violente, mais plutôt une espèce de gêne et de pesanteur, et quatre ou cinq jours après, il a constaté un écoulement muco-purulent par le méat.

On constate, en effet, que le testicule est légèrement tuméfié, indolore à la pression; l'épididyme est aussi tuméfié et induré. L'extrémité du gland et les lèvres du méat sont un peu plus rouges qu'à l'état normal. L'écoulement est peu abondant et plutôt muco-purulent que franchement purulent.

Le malade n'a pas eu d'accès depuis deux jours et se sent déjà beaucoup mieux. L'appétit qui avait disparu est à peu près complétement revenu.

M. A... reste quatre jours à l'hôpital de la Basse-Terre. Pendant ce temps on lui administre tous les jours 75 centigrammes de sulfate de quinine. Onction de pommade belladonée sur le scrotum. Dès le second jour du traitement les symptômes locaux se sont amendés, et au moment où le malade est évacué sur l'hôpital du Camp-Jacob, l'écoulement a complétement cessé. Il ne reste plus qu'un peu de tuméfaction au testicule et à l'épididyme.

Nous voyons encore ici, comme dans les observations précédentes, la concomitance chez un même malade des différentes localisations que nous avons rapportées au paludisme; et ne sommes-nous pas en droit, après cela, de penser que tous ces accidents doivent être rattachés les uns aux autres et qu'ils ne sont, lorsqu'ils se succèdent, que les différentes phases d'un même processus.

A côté de l'uréthrite, et à cause de la difficulté qu'il y a parfois à différencier l'une de l'autre, nous signalerons la

spermatorrhée, spermatorrhée toujours d'origine paludéenne. En voici une observation que nous devons encore à l'obligeance de M. le Dr Primet.

Observation XV

(Inédite.)

M. X..., lieutenant d'infanterie de marine, vingt-six ans, à Cayenne depuis quelques mois, a été atteint, pendant l'hivernage, de fièvres intermittentes. Il se plaint en même temps d'avoir des pertes séminales. Ces pertes ne sont pas constantes, et ne surviennent, dit-il, qu'avec chaque accès de fièvre. Mais leur retour est parfaitement régulier et accompagne toujours chaque nouvel accès. Ces pertes ont lieu surtout la nuit, sans excitation, sans plaisir, et s'accompagnent d'une certaine pesanteur au périnée. Aucun antécédent vénérien, pas d'uréthrite. L'état général est d'ailleurs très bon.

Un traitement, ayant pour base le quinquina et la quinine, est institué et régulièrement suivi. La fièvre intermittente cède rapidement à cette médication, et avec les accès, les pertes séminales disparaissent.

Les symptômes de cette spermatorrhée pourraient facilement passer inaperçus puisqu'il n'y a ni douleur, ni plaisir, mais simplement un peu de pesanteur au périnée, et il n'y aurait même rien d'étonnant à ce qu'ils soyent peut-être confondus avec les symptômes si atténués de l'uréthrite paludéenne. Il est à regretter que l'examen de la prostate n'ait pas été fait, on aurait peut-être pu trouver de ce côté une localisation intéressante.

Ces lésions prostatiques dans le paludisme ne sont pas

aussi rares qu'on pourrait le croire au premier abord : M. Corre a pu observer à Saïgon des cas de fièvres paludéennes à localisations prostatiques (1). On sentait, au toucher, une tuméfaction assez considérable de cette glande pouvant aller jusqu'à déterminer de la rétention d'urine.

Fayrer, dans l'Inde, signale la fréquence d'une fièvre malarienne caractérisée par la congestion et la tuméfaction des cordons spermatiques, de l'épididyme, du scrotum, et parfois de la prostate, accompagnée d'une douleur souvent assez intense, de nausées et de gastralgie (2).

Enfin, on observe souvent dans les pays chauds, à la suite d'états pathologiques mal définis, de malaises, d'accès de fièvre irréguliers, à longs termes, caractérisés seulement parfois par des mouvements subfébriles, de l'embarras gastrique, de l'apathie. Souvent il n'y a pas d'anémie proprement dite, à symptômes bien nets, mais les malades constatent chez eux un amoindrissement des fonctions cérébro-spinales, et surtout spinales, se traduisant par un état d'impuissance relative, de diminution de l'appétit sexuel avec tendance à l'atrophie testiculaire.

Les organes génitaux de la femme ne sont pas davantage à l'abri de l'action du paludisme ; il semble même que chez elle, ses manifestations revêtent un caractère de plus grande malignité que chez l'homme. Si l'on considère que l'excitation génésique, la même, après tout, dans les deux sexes, constitue souvent chez l'homme, sur les organes génitaux, un point de moindre résistance où le poison malarien ira de préférence localiser son action, on comprendra vite que le même phénomène doive se produire aussi chez la femme ; mais en outre, la grossesse et l'accouchement, même après un long temps, créent chez elle, dans ces organes, un état de réceptivité éminemment favorable à l'action du paludisme,

(1) Note particulière.
(2) Fayrer, *On the climate and fevers of India*, London, 1882, *in the Lancet*, p. 168.

et en font un milieu propice à l'éclosion des accidents paludéens.

Nous avons vu que sous la seule influence de la chaleur, la fonction menstruelle avait de la tendance à devenir irrégulière et surtout à s'exagérer. L'action du paludisme ne fait souvent qu'ajouter à cette propension en quelque sorte physiologique et l'on voit survenir sous son influence des métrorrhagies parfois très graves, et qui, par leur résistance aux moyens ordinaires de traitement, pourraient mettre en péril l'existence de bien des femmes, si les antécédents, ou des manifestations paludéennes coexistantes n'étaient là pour indiquer la marche à suivre.

M. le Dr Bestion, médecin de la marine, entr'autres, signale deux cas de fièvre intermittente avec hémorrhagie utérine. La longueur de ces observations ne nous permet pas de les rapporter ici : disons seulement que la quinine seule a pu, dans ces deux cas, triompher d'un état déjà très grave, et tarir les pertes de sang que rien jusque là n'avait pu arrêter (1).

En regard de la spermatorrhée, dont nous parlions tout à l'heure, nous pouvons mentionner ici la leucorrhée qui est loin d'être rare en pays paludéen.

Le Dr Fernandez Palacios rend compte de ce cas curieux dans la *Voz Médica de Almeria* (2).

Observation XVI

Une femme de vingt-cinq ans, mariée, lymphatique, et qui présentait dans ses antécédents ce fait qu'elle avait été atteinte de fièvre intermittente à forme quotidienne, ressentit, le 4 octobre

(1) Bestion, Etude sur le Gabon (*Arch. de méd. navale*, nov. 1881, p. 372).
(2) *Progrès médical*, 24 janvier 1885, p. 75.

dernier, un léger frisson, à la suite duquel survint une abondante leucorrhée accompagnée de prostration et de défaillance mais sans fièvre.

Le lendemain, la malade se trouvait bien et nous annonçait que le flux leucorrhéique avait disparu vers les sept heures du soir, et qu'elle avait éprouvé ensuite un bien-être agréable qui lui avait permis de manger avec appétit et de dormir tranquille.

L'après-midi suivant, à quatre heures, le même appareil symptômatique reparaissait, mais plus accentué que la veille, car la prostration était plus grande, le flux plus considérable et le frisson avait été plus intense.

La leucorrhée paludéenne est ici franchement établie, et son intermittence la rapproche non seulement de la spermatorrhée, mais même des uréthrites que nous avons vues suivre une marche semblable.

Le paludisme peut encore chez les femmes revêtir des formes plus graves et s'attaquer à l'utérus lui-même. L'utérus est comme le testicule très riche en lymphatiques ; et nous nous plaisons à constater que la théorie que nous énoncions tantôt au sujet de la pathogénie de l'orchite paludéenne, n'est pas si éloignée des nouvelles données scientifiques attribuant au système lymphatique la plus large part dans la production des accidents puerpéraux. La malaria a en effet souvent une action funeste sur les suites de couches. « A Nossi-Bé, sur une mulâtresse de Bourbon, j'ai observé, « dit M. Corre, des douleurs accompagnées de fièvre et « simulant un début de métrite puerpérale trois jours après « l'accouchement : la périodicité de ces douleurs me fit « bien vite songer à l'administration du sulfate de quinine, « qui mit fin à ces manifestations comme par enchante- « ment (1). »

Ce sont là des accidents assez communs même en dehors des

(1) Corre, *La mère et l'enfant*, p. 129.

pays chauds pour négliger de nous y appesantir davantage. L'influence du paludisme sur les différentes phases de la puerpéralité ont d'ailleurs, il y a quelques temps, fait le sujet d'une Thèse présentée devant la faculté de Paris (1).

A Bordeaux même, ces accidents ont pu être observés dans le service de la maternité de l'hôpital Saint-André, et nous en connaissons plusieurs observations que nous devons à l'aimable obligeance de M. le Dr Rivière, chef de clinique de ce service.

Enfin ne pourrait-on pas rapprocher de l'impuissance de l'homme et rapporter encore au paludisme la stérilité dont les femmes semblent frappées dans certaines races et dans certaines contrées des régions tropicales (2)?

(1) Bonfils, *Paludisme et puerpéralité*, Thèse, Paris, 1885.
(2) Orgeas, *loc. cit.*

CONCLUSIONS

Nous avons vu combien sont fréquentes les manifestations pathologiques observées sur les divers organes de l'appareil génital dans les pays chauds, et leur fréquence n'a pas lieu de nous étonner, si nous considérons la multiplicité des influences qui peuvent leur donner naissance. C'est là une conclusion que nous pouvons tirer de l'étude que nous venons de faire, et de l'ensemble des faits que nous avons exposés.

Mais laissons de côté toutes les questions pour ainsi dire purement théoriques dont nous nous sommes occupé jusqu'ici, et, nous attachant spécialement au point de vue de l'intérêt pratique qui peut ressortir de notre travail, voyons quelles conséquences nous sommes en droit d'en retirer.

Ces conséquences sont nombreuses et intéressent tout à la fois bien qu'à des degrés différents plusieurs branches de l'art de guérir, et surtout l'hygiène et la thérapeutique. C'est à elles principalement, en effet, que doivent être appliquées avec fruit les données étiologiques que nous avons essayé d'établir dans le cours de cette étude.

Quoi de plus intéressant, par exemple, au point de vue thérapeutique, que ces faits d'uréthrite sans contagion, d'orchites et d'épididymites sans blennorrhagie et sans aucune des causes auxquelles ces affections peuvent être ordinaire-

ment attribuées? Et la spermatorrhée, et la leucorrhée, et les métrorrhagies survenant sans autre cause appréciable, sous la seule influence du paludisme? Oui, la connaissance de ces faits a une importance considérable, car, suivant les cas, la thérapeutique doit prendre une direction particulière : les moyens ordinairement employés ne donneront aucun résultat, tandis que la quinine, sagement administrée, sera la plupart du temps un médicament héroïque. Et si nous ne parlons ici que du paludisme, c'est que, dans les pays chauds, son action se combine presque toujours plus ou moins avec celle des autres influences étiologiques, alors que souvent celles-ci paraissent les seules en jeu ; ainsi du parasitisme, de la filariose, par exemple ; ainsi encore de certaines influences climatiques ou sociologiques.

Dans ce dernier cas, c'est plutôt l'hygiène qui doit intervenir, et elle le fera avec plus de succès encore peut-être que la thérapeutique ; car cette dernière cherche seulement à guérir les maladies une fois produites, tandis que l'hygiène empêche le mal de se produire : son action étant plus étendue, son intervention, quand elle est possible, doit aussi être plus efficace.

Mais qu'il s'adresse à l'hygiène ou qu'il s'adresse à la thérapeutique, le but sera toujours plus sûrement et plus rapidement atteint, si, la cause de la maladie étant connue, c'est contre elle que le médecin concentre tous ses efforts.

Vu bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
Dr LAYET.

Le Doyen,
A. PITRES.

Bordeaux, le 20 octobre 1886.

Vu et permis d'imprimer :
POUR LE RECTEUR :
L'Inspecteur d'Académie. délégué,
ROUMESTAN.

Bordeaux. — Imp. O.-L. FAVRAUD, rue Porte-Dijeaux, 91.